

UNIVERSITÉ PARIS XI
FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS SUD

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée par Mme ZHOU MA Ling
Née le 11 février 1976 à Zhejiang Chine

Développement professionnel continu (DPC) non
présentiel : À propos de l'expérimentation DPC 2011
de la Société Française de la Médecine Générale

Question de recherche

Pertinence Faisabilité Acceptabilité du retour d'informations contextualisées au patient concernant la prescription médicamenteuse et Impacts sur le comportement de prescription des médecins généralistes.

Directeur : Dr RAINERI François

Le Président de thèse

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
P/ Le président de l'université, le doyen de
la faculté de médecine Paris-sud

Professeur Rissane OURABAH

Pr Serge BOBIN

Remerciements

C'est bien sûr à Docteur François RAINERI que mes premiers remerciements s'adressent. Il était mon maître de stage, puis il a dirigé ma thèse. Ses idées lumineuses, ses conseils pertinents, ses attitudes fructueuses face au travail, son esprit ouvert et tolérant face aux mondes d'alentour m'ont profondément influencé.

Je remercie sincèrement le Docteur Pascale ARNOULD pour l'attention qu'elle m'a portée tout au long de ce travail. Elle m'a aidé à élaborer le questionnaire, et a consacré énormément de temps pour perfectionner la rédaction de cette thèse.

J'ai également une pensée pour les autres membres de l'équipe SFMG: Docteur Elisabeth GRIOT, Docteur Gilles HEBBRECHT, Madame Catherine VENEAU. Leur compétence et disponibilité m'ont beaucoup encouragé.

Je suis sensible à l'honneur que Monsieur le Professeur Rissane OURABAH me fait en assurant la présidence de cette thèse. Je le remercie pour ses conseils et sa disponibilité.

Je tiens aussi à remercier Monsieur le Professeur Alain BOISSONAS, et Monsieur le Professeur Patrice MARIE, pour avoir bien voulu s'intéresser à mon travail en acceptant de faire partie du jury et de juger ce travail.

Je remercie les médecins généralistes qui ont contribué à l'aboutissement de ce travail en acceptant de répondre au questionnaire et de me communiquer leurs opinions.

Enfin, merci à ma petite famille ; merci à mon amie Quynh-Nhu. Qu'ils trouvent ici l'expression de mon amour et de ma reconnaissance.

Sommaire

Remerciements	2
Sommaire	3
Abréviations	6
Introduction	7
Matériel et Méthodes	
1) Population étudiée	11
2) Les outils d'analyse mis en place par la SFMG	11
3) Indemnisation des médecins participants	12
4) Déroulement de l'étude	12
5) Le questionnaire	13
6) L'analyse statistique	15
Résultats	
1) Généralités sur la population étudiée	16
1. La taille de la population étudiée.....	16
2. Caractéristiques démographiques.....	17
2) Pertinence, faisabilité et acceptabilité du programme	19
1. Du point de vue global.....	19
2. Pertinence, faisabilité et acceptabilité du programme en détail.....	21
2.1 Pertinence, faisabilité et acceptabilité des outils	21
2.2 Pertinence, faisabilité et acceptabilité des retours d'informations personnalisés qui ont été adressés.....	24
2.3 Scores moyens pour la partie technique (outils + retours d'informations).....	25
2.4 Pertinence, faisabilité et acceptabilité des thématiques.....	25
2.5 Répartition des scores de la partie technique (outils du programme + retours d'informations personnalisées) en fonction des caractères démographiques des répondeurs	28
2.6 Répartition des scores de la partie technique (outils du programme + retours d'informations personnalisées) en fonction des scores moyens des thématiques du programme.....	32
2.7 Répartition démographique des médecins avec différent niveau de croyance sur la partie thématique.....	33

3) Les impacts du programme DPC – 2011 et Les déterminants principaux pour l’optimisation médico-économique de la prescription médicamenteuse selon les médecins	
1 Répartition des changements du comportement de prescription médicamenteuse.....	33
2 Répartition des scores sur les déterminants principaux pour l’optimisation médico- économique des prescriptions médicamenteuses	34
3 Répartition de changement du comportement de prescription médicamenteuse en fonction des caractères démographiques.....	35
4 Répartition de changement du comportement de prescription médicamenteuse en fonction des scores moyens de la partie technique du programme.....	38
5 Répartition de changement du comportement de prescription médicamenteuse en fonction des scores moyens des thématiques.....	39

Discussion

1) Le choix d’une grille.....	40
2) Le choix des exclusions.....	40
3) Qualité et validité des résultats.....	41
1 Population étudiée.....	41
2 Adhésion au CAPI.....	41
4) La partie technique du programme.....	42
1 Les outils du programme.....	42
2 Les retours d’informations personnalisées du programme.....	42
3 Les déterminants des scores de la partie technique	43
5) La partie thématique du programme.....	44
1 Répartition des scores de la partie thématique	44
2 Les commentaires des désaccords (1-3) < 10 %	44
3 Les déterminants des scores	45
4 Au total	45
6) L’impact du programme.....	45
1 Changement de comportement de prescription médicamenteuse suite au Programme	45
2 Changements de comportement en fonction des caractères démographiques.....	46

3 Changement de comportement en fonction du score moyen de la partie technique.....	46
4 Changement de comportement en fonction du score moyen de la partie thématique.....	46
7) Les déterminants principaux de l'optimisation médico-économique des prescriptions médicamenteuses	47
Conclusion.....	48
Annexes	
Annexe 1 : Tableau des Indicateurs de CAPI et ses scores à atteindre.....	50
Annexe 2 : Grille détaillée du suivi des indicateurs CAPI.....	52
Annexe 3 : Lettre d'inscription DPC SFMG 2011.....	54
Annexe 4 : Lettre d'engagement des médecins DPC 2011.....	56
Annexe 5 : Exemple de retour d'information personnalisée concernant la prescription d'IPP	57
Annexe 6 : Exemple de retour de documentation : préconisation institutionnelle pour la prescription d'IPP.....	58
Annexe 7 : Le questionnaire.....	61
Bibliographie.....	73
Summary (anglais).....	77
Résumé (français).....	78

Abréviations

DPC: Développement professionnel continu

SFMG: Société Française de la Médecine Générale

CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

CNOM : Conseil National de l'Ordre des médecins

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

SNIIRAM: Système National d'Informations Inter-. Régimes de l'Assurance Maladie

OGC: Organisme de Gestion Conventionnel

IPP: Inhibiteur de Pompe à Proton

IEC: Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

Introduction

Le contexte de la mise en place du Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI)

Par décision du 9 mars 2009 de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) parue au Journal Officiel du 21 avril 2009, le CAPI a été mis en place par la CNAM pour les médecins généralistes libéraux.

Ce contrat a soulevé l'opposition du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) [1] et de la majorité des syndicats de généralistes [2, 3, 4]. Néanmoins en 2 ans, près de 16 000 médecins généralistes étaient signataires, soit plus d'un médecin éligible sur trois [5].

Pour l'UNCAM, il s'agissait d'introduire une forme de paiement à la performance en France [6], inspirée principalement du système anglais [7, 8]. Le contrat était justifié par l'espérance d'une augmentation de la qualité et de l'adéquation des soins, pour une meilleure efficacité [9].

Le CAPI élaboré par l'UNCAM avait prévu des "contreparties financières" [10] liées à l'atteinte d'objectifs concernant la prescription médicamenteuse, les actions de dépistage et de prévention, le suivi des maladies chroniques.

Il reposait sur la mesure de 16 indicateurs pour lesquels le médecin signataire devait atteindre un score donné en pourcentage de la population concernée (annexe 1).

Pour l'aider dans cette tâche, le médecin recevait :

- Un tableau de bord trimestriel (annexe 2) indiquant le pourcentage global sur chaque indicateur et l'objectif ciblé par le contrat.
- Une liste de patients « médecin traitant » pour lesquels une prescription avait été présentée au remboursement (accessible sur www.ameli.fr).
- La visite d'un Délégué de l'Assurance Maladie dont l'objectif était de sensibiliser le médecin signataire sur le contenu du contrat.

Les indicateurs proposés étaient construits à partir des seules données de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) c'est-à-dire du Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) (soit 80% des assurés) ; elles ne concernaient pas les assurés sociaux des autres caisses de l'UNCAM (soit 20% des assurés). Par ailleurs les données de prescription ne concernaient que les médicaments délivrés par le pharmacien, après négociations avec le patient et pas la prescription du médecin lui-même.

Les informations CNAMTS reçues par le médecin étaient globales et anonymisées : elles ne permettaient pas d'identifier de façon rétrospective et individualisée les patients ou les ordonnances concernées par les indicateurs.

Le Développement Professionnel Continu (DPC) 2011

C'est dans ce contexte que la Société Française de la Médecine Générale (SFMG) a répondu en 2010 à l'appel d'offre de l'Organisme de Gestion Conventionnel (OGC) concernant les premières expérimentations du DPC [11,12].

Il s'agissait pour elle de s'appuyer sur ses capacités d'analyses de données informatiques développées au sein de son Département d'Information Médicale [13], afin d'expérimenter la faisabilité d'un Développement Professionnel Continu non

présentiel [14].

Le projet déposé auprès de l'OGC et accepté par le conseil scientifique avait pour objectifs de susciter chez les participants une réflexion sur la composante médico économique de la prescription médicamenteuse. Il avait également pour but de permettre aux médecins qui le souhaitaient d'optimiser leurs prescriptions médicamenteuses dans leurs aspects médico-économiques.

La méthode de ce DPC non présentiel consistait à :

- Recruter un échantillon de médecins généralistes informatisés, volontaires, et rémunérés conventionnellement dans le cadre du DPC.

- Analyser les données médicales de prescriptions médicamenteuses adressées par les médecins à la SFMG en regard des indicateurs choisis par celle-ci au sein des indicateurs du CAPI.

- Adresser aux médecins le retour des résultats d'analyse et des documents scientifiques en regard des thèmes choisis.

- Questionner les participants sur la pertinence, la faisabilité et l'acceptabilité du processus et les impacts de ce type de retour sur le comportement de prescription des médecins participants.

À noter que :

Les retours d'informations SFMG vers le médecin étaient construits à partir de l'activité clinique globale du médecin, indépendamment du régime d'assurance du patient.

Ces retours d'informations, issus des bases de données des médecins, étaient donc individualisés et contextualisés au patient. Ils étaient toujours accolés à une date et à un numéro de dossier quand le logiciel médical le comportait. Ils

permettaient d'identifier rapidement de façon rétrospective et précise tous les patients ou les ordonnances concernées par les indicateurs.

Objectif principal

L'étude consistait à rendre compte de la pertinence faisabilité acceptabilité de ce retour d'informations contextualisé au patient concernant la prescription médicamenteuse.

Objectifs secondaires

Mesurer les impacts sur le comportement de prescription.

Matériel et Méthodes

1) Population étudiée:

Médecins généralistes informatisés disposant d'un logiciel permettant l'extraction des données et leurs analyses par le Département d'Information Médicale de la SFMG (Easyprat, MédiStory ou Mégabaze).

Critère d'inclusion:

Médecins volontaires pour participer à l'action du DPC SFMG non présentiel.

Critère d'exclusion:

Aucun

2) Les outils d'analyse mis en place par la SFMG

La SFMG s'est appuyée sur les outils d'analyse de données mis en place pour la gestion de l'Observatoire de la Médecine Générale¹.

Les prescriptions médicamenteuses recueillies par la SFMG étaient caractérisées par l'intermédiaire du Code Identifiant de Présentation (code CIP). Celui-ci sert de base pour les regroupements selon le système de Classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique (classification ATC).

Grâce à ce système de recueil d'informations médicales structurées, de multiples analyses et regroupements sont possibles, notamment des analyses par médecin, par ordonnance, par ligne, par classe ATC, par produit et au sein de chaque produit

¹ L'Observatoire de la Médecine Générale est un système de recueil d'informations médicales en continu en médecine générale (www.omg.sfm.org). Il a été créé par la SFMG en 1993 et alimenté par environ 150 médecins généralistes investigateurs.

sa présence sous son nom commercial, sous sa forme générique, voire en dénomination commune internationale (DCI).

3) Indemnisation des médecins participants

L'Organisme Gestionnaire Conventionnel finance les organismes de formation agréés. Il indemnise les médecins libéraux conventionnés en exercice à hauteur de 15C (indemnisation pour perte de ressources) pour l'équivalent d'une journée de formation, soit 1,5 journée pour le DPC non présentiel.

4) Déroulement de l'étude:

En avril 2011, la SFMG a adressé par courrier sur sa base d'adresse, une lettre de recrutement (annexe 3) destinée aux médecins généralistes et concernant leur participation à une action de DPC non présentiel portant sur les indicateurs « médico économiques » de leur prescription médicamenteuse. Cette information a également été affichée sur le site internet de la SFMG.

Les médecins se sont inscrits en ligne jusqu'au 20 août 2011 en signant le formulaire d'engagement DPC-OGC (annexe 4). Ils ont reçu dès leur inscription, une description du dispositif également accessible sur le site.

Les médecins engagés ont envoyé à la SFMG à 3 reprises leurs données de prescriptions médicamenteuses enregistrées dans leur logiciel médical, au moyen de l'extracteur fourni par la SFMG.

Les 3 classes médicamenteuses concernées étaient successivement:

- 1) Sartans et Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion (IEC)
- 2) Inhibiteurs de Pompe à Proton (IPP) généricables
- 3) Vasodilatateurs

Après analyse médico-économique des données en regard des indicateurs CAPI, la SFMG a retourné les informations en 3 envois successifs selon les indicateurs concernés.

Chaque retour d'informations comportait une liste de prescriptions susceptibles d'être modifiées du point de vue de l'efficacité médico-économique. Les lignes de prescription étaient numérotées et datées (annexe 5). Avec cette liste étaient jointes une documentation scientifique et des préconisations institutionnelles (annexe 6).

Le premier retour (substitution Sartan par IEC) comprenait également la comparaison des données du médecin à celle du groupe (retour d'information collectif). La SFMG n'a pas pu envoyer les données de comparaison au groupe dans les deux autres retours en raison de surcharge du travail du Département de l'Information Médicale.

Les médecins restaient maîtres de procéder ou non à des modifications sur les prescriptions à venir.

5) Le questionnaire:

À la fin du programme DPC non présentiel, un questionnaire a été mis en ligne pour évaluer le programme en détail (annexe 7).

Le questionnaire a été élaboré avec l'aide de deux médecins généralistes de la SFMG, selon la grille « consensus formalisé d'expert ». Il comportait 5 grandes parties:

1- les caractéristiques de la population étudiée: âge, sexe, région d'exercice, mode d'exercice, lieu de travail, secteur, adhésion au CAPI ou pas.

2- exploration de la pertinence, faisabilité et acceptabilité² des outils du programme en 4 étapes:

- a) utilisation de la base de médicaments informatique (BMI);
- b) extraction des données et leur envoi vers la SFMG;
- c) réception des retours d'informations par internet;
- d) modification éventuelle des prescriptions médicamenteuses par identification précise du patient et de l'ordonnance.

3- exploration de la pertinence, faisabilité et acceptabilité des retours d'informations qui ont été adressés en 2 parties:

- a) retour d'informations individualisées (liste de prescriptions susceptibles d'être optimisées en point de vue médico-économique)
- b) retour d'informations collectives (données du médecin comparées à celles du groupe)

Les outils du programme et les retours d'informations constituaient l'aspect technique du programme. Il comprenait 25 questions.

4- exploration de la pertinence, faisabilité et acceptabilité des thématiques du programme selon 2 items:

- a) la thématique médico-économique de la prescription médicamenteuse:
 - pour améliorer la qualité des soins
 - dans la pratique quotidienne du médecin
- b) la thématique médico-économique en globale
 - pour aider au choix de soins efficaces
 - pour améliorer l'organisation du système de santé

² Dans ce questionnaire nous avons exploré l'acceptabilité par le médecin et l'acceptabilité par les patients SELON LE MEDECIN.

5- évaluation de l'impact du programme et exploration des déterminants principaux de l'optimisation médico-économique de la prescription médicamenteuse.

Ce questionnaire était nominatif permettant des relances éventuelles. Il comprenait 62 questions au total. Pour chaque question était proposée en réponse une échelle discontinue graduée de 1 à 9. La gradation 1 signifiait que selon le médecin la proposition était totalement non indiquée ou inacceptable; La gradation 9 signifiait que la proposition était totalement indiquée ou acceptable; Les valeurs 2 à 8 traduisaient toutes les situations intermédiaires possibles. Des commentaires ont été demandés pour justifier les valeurs faibles, c'est-à-dire qui étaient comprise dans l'intervalle 1 à 3.

Ce questionnaire a été testé auprès de 5 médecins généralistes de la SFMG afin de tester sa compréhension.

Remplissage du questionnaire:

Le questionnaire à remplir sur internet par le participant a été mis en ligne au premier février 2012 et clos le 20 avril 2012.

Les médecins remplissant le questionnaire de façon incomplète ont été relancés par courrier et/ou par téléphone.

6) L'analyse statistique:

L'exploitation des résultats a été traitée à l'aide du Microsoft Excel. La méthode statistique utilisée était le test Khi-2 d'homogénéité.

Résultats

1) Généralités sur la population étudiée:

1. La taille de la population étudiée

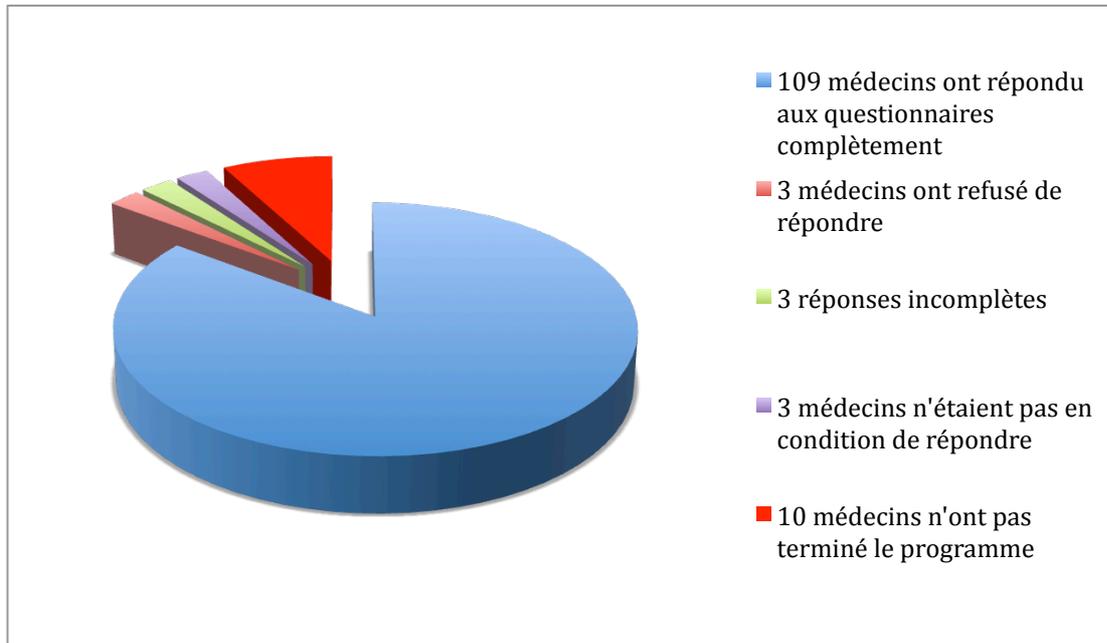


Figure 1 : Nombre de médecins ayant participé au programme

Cent vingt-huit médecins généralistes se sont inscrits au programme. Dix d'entre eux n'ont pas terminé le programme du fait de la non conformité de leur version logiciel et des modalités d'utilisation de celui-ci (installation en réseau incompatible avec une extraction; utilisation du dossier médical informatisé réduite à la comptabilité).

Cent dix-huit médecins ont terminé le programme. Trois d'entre eux n'étaient pas en condition de répondre aux questionnaires pour des raisons suivantes : un médecin est parti en retraite ; un est parti en mission à l'étranger ; un était en congé maladie. Trois médecins ont refusé de répondre aux questionnaires. Trois médecins ont répondu partiellement malgré plusieurs relances.

L'analyse des résultats reposait sur les 109 réponses complètes.

2. Caractéristiques démographiques

2.1 Répartition en fonction de l'année de naissance

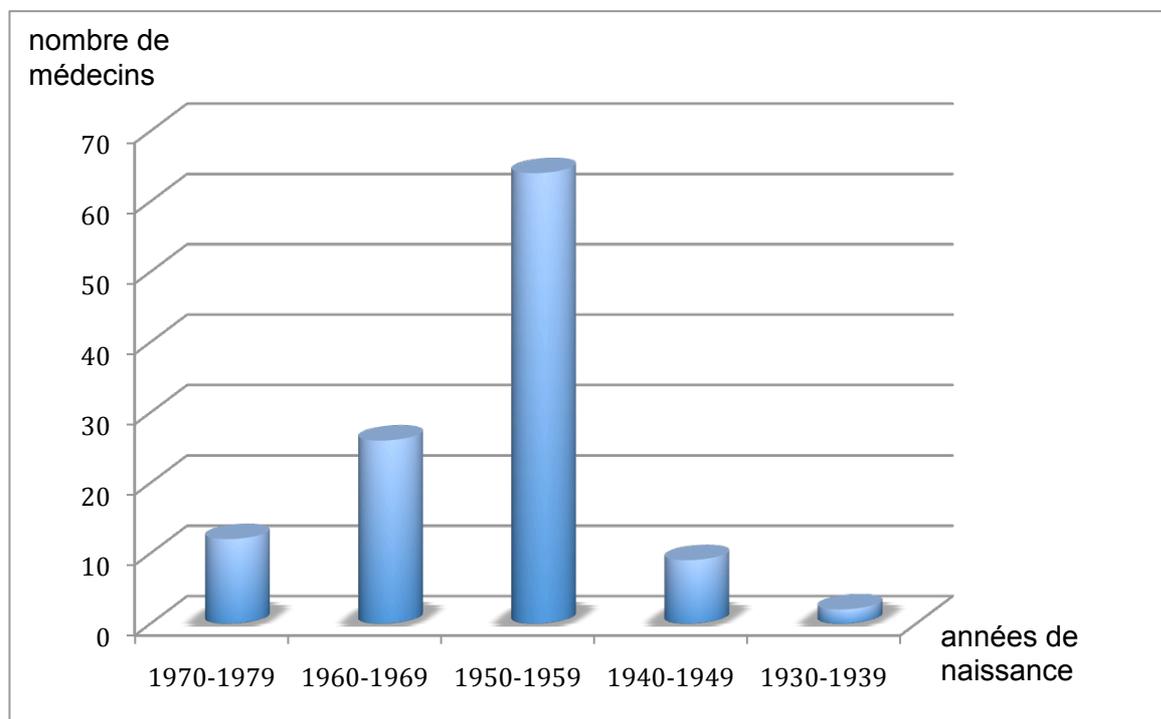


Figure 2 : Répartition des médecins participants en fonction de leurs années de naissance

Les 109 médecins étaient âgés de 33 à 81 ans avec l'âge moyen à 54.8 ans et l'âge médian à 56 ans. La tranche d'âge 50-59 ans représente 40.4% de la population étudiée. Quatorze médecins (12.8%) ont moins de 45 ans, et 95 médecins (87.2%) ont plus de 45 ans.

2.2 Répartition en fonction du sexe

Tableau I : Répartition des médecins généralistes en fonction de leur sexe

Sexe	Nombre (%)
F	11 (10.1%)
M	98 (89.9%)
Total	109 (100%)

2.3 Répartition en fonction de la région d'exercice

Tableau II : Répartition des médecins généralistes en fonction de leur région d'exercice

Région d'exercice	Nombre (%)
Ile-de-France	26 (23.9%)
Autres régions	83 (76.1%)
Total	109 (100%)

2.4 Répartition en fonction du lieu d'exercice

Tableau III : Répartition des médecins généralistes en fonction de leur lieu d'exercice

Lieu d'exercice	Nombre (%)
Rural	40 (36.7%)
Semi-rural	18 (16.5%)
Urbain	51 (46.8%)
Total	109 (100%)

2.5 Répartition en fonction de la mode d'exercice

Tableau IV : Répartition des médecins généralistes en fonction de leur mode d'exercice

Mode d'exercice	Nombre (%)
Seul	48 (44.0%)
En groupe	61 (56.0%)
Total	109 (100%)

2.6 Répartition en fonction du secteur

Tableau V : Répartition des médecins généralistes en fonction de leur secteur d'exercice

Secteur	Nombre (%)
I	103 (94.5%)
II	6 (5.5%)
Total	109 (100%)

2.7 Répartition en fonction de l'adhésion au CAPI ou pas au moment du programme DPC

Tableau VI: Répartition des médecins généralistes en fonction de l'adhésion ou pas au CAPI au moment du programme DPC-2011

Adhésion au CAPI	Nombre (%)
Oui	41 (37.6%)
Non	68 (62.4%)
Total	109 (100%)

2) Pertinence, faisabilité et acceptabilité du programme

1. Du point de vue global

1.1 Répartition des scores pour la pertinence du programme

Tableau VII : Répartition des scores pour la pertinence du programme, évaluée en 3 aspects : les outils, les retours d'informations et les thématiques du programme

Scores	Nombre de réponses (%)			
	Outils (sur 4 items, soit 423 réponses totales attendues*)	Retours d'informations (sur 2 items, soit 218 réponses totales attendues)	Les thématiques (sur 4 items, soit 436 réponses totales attendues)	Totale de réponses enregistrées
1-3	15 (3.5%)	9(4.1%)	33 (7.6%)	57 (5.3%)
4-6	68 (16.1%)	40 (18.3%)	122 (28.0%)	230 (21.4%)
7-9	340 (80.4%)	169 (77.6%)	281 (64.4%)	790 (73.3%)
Total	423 (100%)	218 (100%)	436 (100%)	1 077 (100%)

* Parmi les 109 médecins, treize n'utilisaient pas de « base de médicaments informatique », d'où le chiffre 423 = 109 médecins x 4 items – 13.

Test Khi-2 d'homogénéité: $P < 0.001$, l'hypothèse d'homogénéité rejetée.

1.2 Répartition des scores pour la faisabilité du programme

Tableau VIII : Répartition des scores pour la faisabilité du programme, évaluée en 3 aspects : les outils, les retours d'informations et les thématiques du programme

Nombre de réponses (%)				
Scores	Outils (sur 4 items, soit 423 réponses totales attendues*)	Retours d'informations (sur 2 items, soit 218 réponses totales attendues)	Les thématiques (sur 4 items, soit 436 réponses totales attendues)	Totale de réponses enregistrées
1-3	13 (3.1%)	11 (5.0%)	26 (6.0%)	50 (4.6%)
4-6	48 (11.3%)	37 (17.0%)	125 (28.6%)	210 (19.5%)
7-9	362 (85.6%)	170 (78.0%)	285 (65.4%)	817 (75.9%)
Total	423 (100%)	218 (100%)	436 (100%)	1 077 (100%)

Test Khi-2 d'homogénéité: $P < 0.001$, l'hypothèse d'homogénéité est rejetée.

1.3 Répartition des scores pour l'acceptabilité du programme

1.3.1 Acceptabilité par les médecins

Tableau IX : Répartition des scores pour l'acceptabilité du programme par les médecins, évaluée en 3 aspects : les outils, les retours d'informations et les thématiques du programme

Nombre de réponses (%)				
Scores	Outils (sur 4 items, soit 423 réponses totales attendues*)	Retours d'informations (sur 2 items, soit 218 réponses totales attendues)	Les thématiques (sur 4 items, soit 436 réponses totales attendues)	Totale de réponses enregistrées
1-3	10 (2.4%)	8 (3.7%)	33 (7.6%)	51 (4.7%)
4-6	43 (10.2%)	29 (13.3%)	129 (29.6%)	201 (18.7%)
7-9	370 (87.4%)	181 (83.0%)	274 (62.8%)	825 (76.6%)
Total	423 (100%)	218 (100%)	436 (100%)	1 077 (100%)

Test Khi-2 d'homogénéité: $P < 0.001$, l'hypothèse d'homogénéité est rejetée.

1.3.2 Acceptabilité par les patients

Tableau X : Répartition des scores pour l'acceptabilité du programme par les patients, évaluée en 3 aspects : les outils, les retours d'informations et les thématiques du programme

Scores	Nombre de réponses (%)			
	Outils (sur 4 items, soit 423 réponses totales attendues*)	Retours d'informations (sur 2 items, soit 218 réponses totales attendues)	Les thématiques (sur 4 items, soit 436 réponses totales attendues)	Totale de réponses enregistrées
1-3	12(2.8%)	13 (6.0%)	39 (8.9%)	64 (5.9%)
4-6	71 (16.8%)	60 (27.5%)	179 (41.1%)	310 (28.8%)
7-9	340 (80.4%)	145 (66.5%)	218 (50.0%)	703 (65.3%)
Total	423 (100%)	218 (100%)	436 (100%)	1 077 (100%)

Test Khi-2 d'homogénéité: $P < 0.001$, l'hypothèse d'homogénéité est rejetée.

2. Pertinence, faisabilité et acceptabilité du programme en détail

2.1 Pertinence, faisabilité et acceptabilité des outils :

2.1.1 Concernant la base de médicaments informatique (BMI)

- Répartition d'utilisation des BMI chez la population étudiée

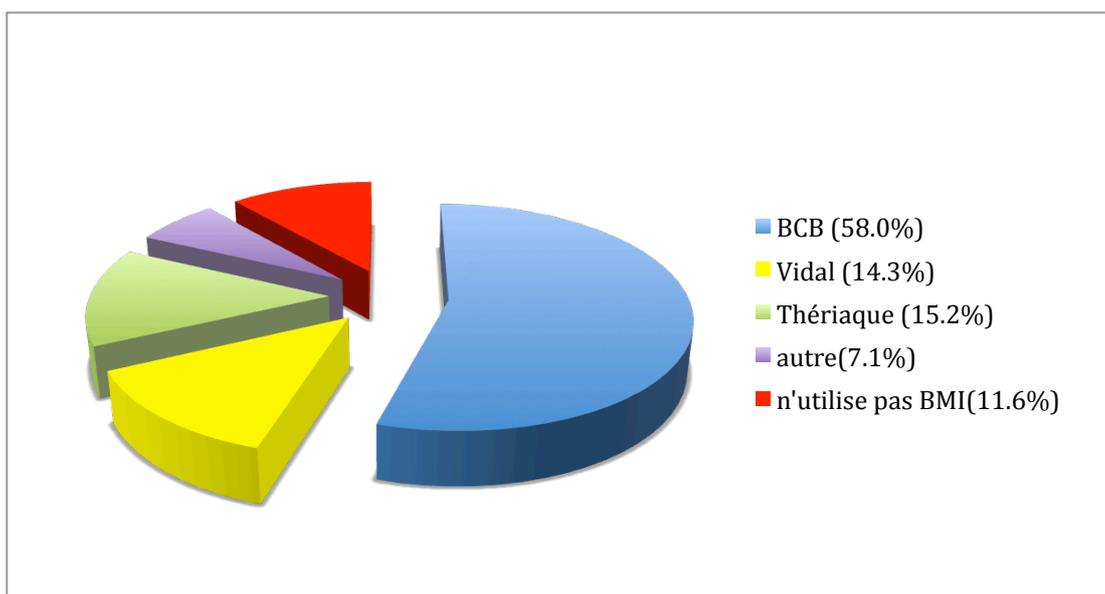


Figure 3 : Répartition d'utilisation des bases de médicaments informatiques chez les médecins répondants

Dans la population étudiée, quatre-vingt-seize médecins (soit 88.1%) utilisaient la BMI pour prescrire ; sept d'entre eux utilisaient 2 BMI en parallèle.

- Répartition des scores pour la pertinence, faisabilité et acceptabilité de la BMI

Tableau XI : La Base de Médicament Informatique : Répartition des scores pour sa pertinence, sa faisabilité, son acceptabilité par les médecins/patients

Scores	Nombre de réponses (%)				Total
	Pertinence	Faisabilité	Acceptabilité par les médecins	Acceptabilité par les patients	
1-3	7 (7.3%)*	3 (3.1%)	3 (3.1%)	0 (0%)	13 (3.4%)
4-6	26 (27.1%)	11 (11.5%)	12 (12.5%)	10 (10.4%)	59 (15.4%)
7-9	63 (65.6%)	82 (85.4%)	81 (84.4%)	86 (89.6%)	312(81.2%)
Total	96	96	96	96	384

*Chez ces 7 médecins, 5 utilisaient la base Thériaque non à jour, 1 utilisait la base Vidal non couplée avec logiciel métier, 1 utilisait la base BCB qui avait beaucoup de BUG.

2.1.2 Répartition des scores pour la pertinence, faisabilité et acceptabilité du logiciel pour extraction des données nécessaires et leur envoi vers l'OMG

Tableau XII : Le logiciel d'extraction des données et leur envoi vers l'OMG: Répartition des scores pour sa pertinence, sa faisabilité, son acceptabilité par les médecins/patients

Scores	Nombre de réponses (%)				Total
	Pertinence	Faisabilité	Acceptabilité par les médecins	Acceptabilité par les patients	
1-3	2 (1.8%)	2 (1.8%)	1 (0.9%)	2 (1.8%)	7 (1.6%)
4-6	8 (7.4%)	5 (4.6%)	5 (4.6%)	11 (10.1%)	29 (6.7%)
7-9	99(90.8%)	102 (93.6%)	103 (94.5%)	96 (88.1%)	400(91.7%)
Total	109	109	109	109	436

2.1.3 Répartition des scores pour la pertinence, faisabilité et acceptabilité des retours d'informations par internet

Tableau XIII : Retours d'informations par internet: Répartition des scores pour sa pertinence, sa faisabilité, son acceptabilité par les médecins/patients

Scores	Nombre de réponses (%)				Total
	Pertinence	Faisabilité	Acceptabilité par les médecins	Acceptabilité par les patients	
1-3	2 (1.8%)	2 (1.8%)	1 (0.9%)	5 (4.6%)*	10 (2.3%)
4-6	14 (12.8%)	11 (10.1%)	9 (8.3%)	18 (16.5%)	52 (11.9%)
7-9	93 (85.4%)	96 (88.1%)	99 (90.8%)	86 (78.9%)	374 (85.8%)
Total	109	109	109	109	436

*Quatre des cinq médecins ont justifié le score 1 - 3 par le commentaire : « patients non concernés ».

2.1.4 Répartition des scores pour la pertinence, faisabilité et acceptabilité de la modification éventuelle de la prescription médicamenteuse par l'identification précise du patient et de l'ordonnance concernée

Tableau XIV : La modification éventuelle de la prescription médicamenteuse par l'identification précise du patient et de l'ordonnance concernée: Répartition des scores pour sa pertinence, sa faisabilité, son acceptabilité par les médecins/patients

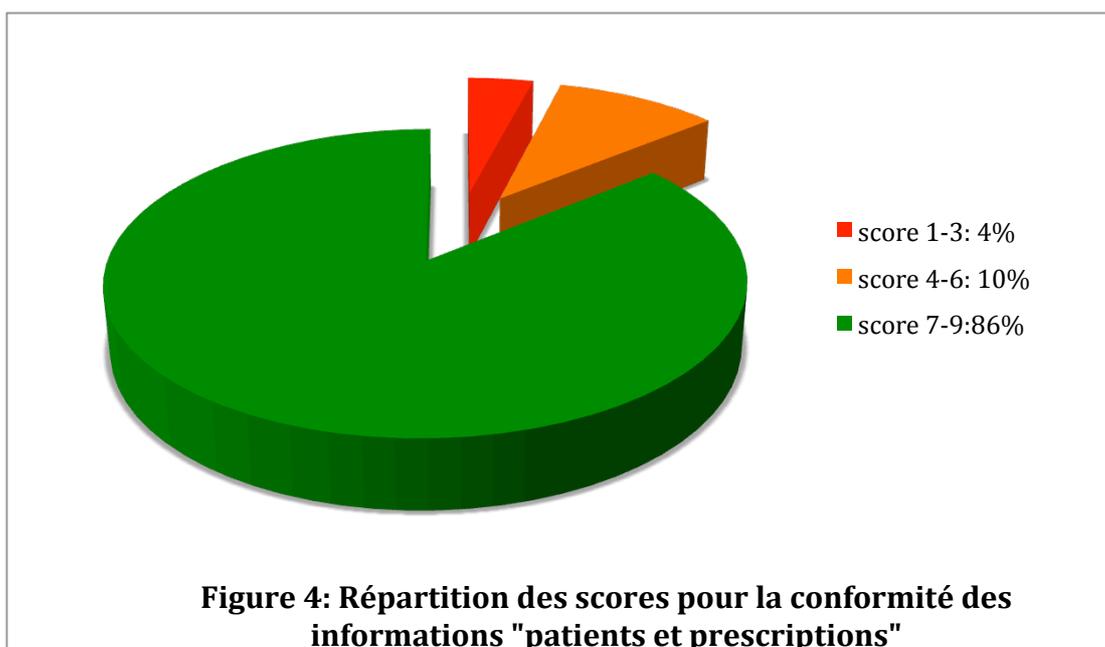
Scores	Nombre de réponses (%)				Total
	Pertinence	Faisabilité	Acceptabilité par les médecins	Acceptabilité par les patients	
1-3	4 (3.7%)*	6 (5.5%)*	5 (4.6%)*	5 (4.6%)*	20 (4.6%)
4-6	20 (18.3%)	21 (19.3%)	17 (15.6%)	32 (29.3%)	90 (20.6%)
7-9	85 (78.0%)	82 (75.2%)	87 (79.8%)	72 (66.1%)	326 (74.8%)
Total	109	109	109	109	436

*Selon les commentaires des médecins, sur chaque item, seules 2 réponses correspondent à un réel problème technique (chrono phage; lien non fonctionnel); le

reste des “désaccords” concernait pour trois médecins l’incompréhension de la question, pour un médecin un désaccord franc avec la thématique.

2.2 Pertinence, faisabilité et acceptabilité des retours d’informations personnalisés qui ont été adressés

2.2.1 Répartition des scores pour la conformité des informations « patients et prescriptions »



2.2.2 Répartition des scores pour la pertinence, faisabilité et acceptabilité des retours d’informations individualisées

Tableau XV : Retours d’informations individualisées: Répartition des scores pour sa pertinence, sa faisabilité, son acceptabilité par les médecins/patients

Scores	Nombre de réponses (%)				Total
	Pertinence	Faisabilité	Acceptabilité par les médecins	Acceptabilité par les patients	
1-3	2 (1.8%)	4 (3.7%)	4 (3.7%)	5 (4.6%)	15 (3.4%)
4-6	18 (16.5%)	17 (15.6%)	13 (11.9%)	31 (28.4%)	79 (18.1%)
7-9	89 (81.7%)	88 (80.7%)	92 (84.4%)	73 (67.0%)	342 (78.5%)
Total	109	109	109	109	436

2.2.3 Répartition des scores pour la pertinence, faisabilité et acceptabilité des retours d'informations collectives

Tableau XVI : Retours d'informations collectives : Répartition des scores pour sa pertinence, sa faisabilité, son acceptabilité par les médecins/patients

Scores	Nombre de réponses (%)				Total
	Pertinence	Faisabilité	Acceptabilité par les médecins	Acceptabilité par les patients	
1-3	7 (6.4%)*	7 (6.4%)*	4 (3.7%)†	8 (7.3%)*	26 (6.0%)
4-6	22 (20.2%)	20 (18.4%)	16 (14.7%)	29 (26.6%)	87 (20.0%)
7-9	80 (73.4%)	82 (75.2%)	89 (81.6%)	72 (66.1%)	323 (74.0%)
Total	109	109	109	109	436

*Cinq médecins ont déclaré de ne pas avoir reçu ces informations collectives.

†Deux médecins ont déclaré de ne pas avoir pas reçu ces informations collectives.

2.3 Scores moyens pour la partie technique (outils + retours d'informations):

Tableau XVII: scores moyens de la partie technique

Scores moyens techniques	Nombre de médecins (%)
1-3	0
4-6	25 (22.9%)
7-9	84 (77.1%)

2.4 Pertinence, faisabilité et acceptabilité des thématiques

Tableau XVIII: Scores moyens des thématiques :

Scores moyens thématiques	Nombre de médecins (%)
1-3	5 (4.6%)
4-6	36 (33.0%)
7-9	68 (62.4%)

2.4.1 Répartition des scores pour la pertinence, faisabilité et acceptabilité de la thématique spécifique « optimisation médico-économique de la prescription médicamenteuse »

- Globalement pour améliorer la qualité des soins

Tableau XIX : La thématique spécifique « optimisation médico-économique de la prescription médicamenteuse »: Répartition des scores pour sa pertinence, sa faisabilité, son acceptabilité par les médecins/patients, du point de vue global pour améliorer la qualité des soins

Scores	Nombre de réponses (%)				Total
	Pertinence	Faisabilité	Acceptabilité par les médecins	Acceptabilité par les patients	
1-3	9 (8.2%)	6 (5.5%)	8 (7.3%)	12 (11.0%)	35 (8.0%)
4-6	27 (24.8%)	25 (22.9%)	27 (24.8%)	42 (38.5%)	121 (27.8%)
7-9	73 (67.0%)	78 (71.6%)	74 (67.9%)	55 (50.5%)	280 (64.2%)
Total	109	109	109	109	436

- Dans la pratique quotidienne du médecin

Tableau XX : La thématique spécifique « optimisation médico-économique de la prescription médicamenteuse »: Répartition des scores pour sa pertinence, sa faisabilité, son acceptabilité par les médecins/patients, dans la pratique quotidienne du médecin

Scores	Nombre de réponses (%)				Total
	Pertinence	Faisabilité	Acceptabilité par les médecins	Acceptabilité par les patients	
1-3	6 (5.5%)	5 (4.6%)	7 (6.4%)	10 (9.2%)	28 (6.4%)
4-6	31 (28.4%)	31 (28.4%)	29 (26.6%)	42 (38.5%)	133 (30.5%)
7-9	72 (66.1%)	73 (67.0%)	73 (67.0%)	57 (52.3%)	275 (63.1%)
Total	109	109	109	109	436

2.4.2 Répartition des scores pour la Pertinence, faisabilité et acceptabilité de la thématique « optimisation médico-économique »

- Pour aider au choix de soins efficaces

Tableau XXI : La thématique « optimisation médico-économique » pour aider au choix de soins efficaces: Répartition des scores pour sa pertinence, sa faisabilité, son acceptabilité par les médecins/patients

Scores	Nombre de réponses (%)				Total
	Pertinence	Faisabilité	Acceptabilité par les médecins	Acceptabilité par les patients	
1-3	8 (7.3%)	6 (5.5%)	8 (7.3%)	8 (7.3%)	30 (6.9%)
4-6	33 (30.3%)	33 (30.3%)	38 (34.9%)	48 (44.1%)	152 (34.9%)
7-9	68 (62.4%)	70 (64.2%)	63 (57.8%)	53 (48.6%)	254 (58.2%)
Total	109	109	109	109	436

- Pour améliorer l'organisation du système de santé

Tableau XXII : La thématique « optimisation médico-économique » pour améliorer l'organisation du système de santé: Répartition des scores pour sa pertinence, sa faisabilité, son acceptabilité par les médecins/patients

Scores	Nombre de réponses (%)				Total
	Pertinence	Faisabilité	Acceptabilité par les médecins	Acceptabilité par les patients	
1-3	10 (9.2%)	9 (8.3%)	10 (9.2%)	9 (8.3%)	38 (8.7%)
4-6	31 (28.4%)	36 (33.0%)	35 (32.1%)	47 (43.1%)	149 (34.2%)
7-9	68 (62.4%)	64 (58.7%)	64 (58.7%)	53 (48.6%)	249 (57.1%)
Total	109	109	109	109	436

2.4.3 Les commentaires

Voici quelques commentaires des répondants en désaccord avec la thématique "optimisation médico-économique (de la prescription médicamenteuse)":

- *Les médicaments génériques n'ont souvent pas d'équivalence absolue aux molécules princeps, en plus des effets secondaires aux excipients.*
- *Conflit d'intérêt entre l'analyse économique et la qualité des soins.*
- *La thématique n'améliore pas la qualité de soins (au sens de l'amélioration de la morbi mortalité).*
- *La thématique n'améliore pas l'efficacité de soins. La qualité paye toujours et fait faire des économies.*

- *La recherche d'efficience conduit à une culpabilité individuelle contre productive et toxique.*
- *Ces thématiques sont des affaires des politiques et économistes.*
- *Je n'ai pas une bonne formation medico-économique de mes prescriptions. Certains génériques sont plus chers que les molécules princeps.*
- *Certains patients refusent le concept même de l'économie en santé.*
- *Je doute sur la réalisation de l'optimisation médico-économique à l'échelon national.*
- *L'optimisation médico-économique seule ne suffit pas pour améliorer l'organisation du système de santé. Il faut faire bien autres choses.*
- *Il faut que les recommandations restent adaptées.*
- *Chrono phage. Il faut prendre beaucoup de temps pour optimiser les prescriptions et ce temps n'est pas reconnu.*
- *D'accord pour les principes. Le retour d'informations est une aide pertinente mais pas pour la prescription d'IPP que je maîtrise.*
- *Il faut optimiser les changements d'attitude possibles.*

2.5 Répartition des scores de la partie technique (outils du programme + retours d'informations personnalisés) en fonction des caractères démographiques des répondeurs

Tableau XXIII : Répartition des scores de la pertinence faisabilité acceptabilité de la partie technique du programme en fonction de l'âge des médecins

Scores	Nombre de réponses (%)		Total
	Chez les ≤ 45 ans (14 médecins dont 1 n'utilisait pas de BMI)	Chez les > 45 ans (95 médecins dont 12 n'utilisaient pas de BMI)	
1-3	7 (2.0%)	88 (3.8%)	95
4-6	49 (14.2%)	362 (15.5%)	411
7-9	290 (83.8%)	1 877 (80.7%)	2 167
Réponses totales attendues	346*	2 327†	2 673

* : 346 réponses attendues = 14 médecins x 25 questions -

1 médecin x 4 questions concernant la BMI

† : 2 327 réponses attendues = 95 médecins x 25 questions -

12 médecins x 4 questions concernant la BMI

Test Khi-2 d'homogénéité: $P = 0.188$; Si $\alpha = 0.01 \rightarrow P > \alpha$, pas de différence statistique.

Tableau XXIV : Répartition des scores de la pertinence faisabilité acceptabilité de la partie technique du programme en fonction du sexe des médecins

Scores	Nombre de réponses (%)		Total
	Chez les femmes (11 médecins qui utilisaient tous BMI)	Chez les hommes (98 médecins dont 13 n'utilisaient pas BMI)	
1-3	1 (0.4%)	94 (3.9%)	95
4-6	49 (17.8%)	362 (15.1%)	411
7-9	225 (81.8%)	1 942 (81.0%)	2 167
Réponses totales attendues	275*	2 398†	2 673

* : 275 réponses attendues = 11 médecins x 25 questions

† : 2 398 réponses attendues = 98 médecins x 25 questions -

13 médecins x 4 questions concernant BMI

Test Khi-2 d'homogénéité: $P = 0.007 < \alpha$, l'hypothèse d'homogénéité est rejetée.

Tableau XXV : Répartition des scores de la pertinence faisabilité acceptabilité de la partie technique du programme en fonction de la région d'exercice des médecins

Scores	Nombre de réponses (%)		Total
	Chez les médecins en Ile-de-France (26 médecins dont 1 n'utilisait pas la BMI)	Chez les médecins en autres régions (83 médecins dont 12 n'utilisaient pas la BMI)	
1-3	51 (7.9%)	44 (2.2%)	95
4-6	103 (15.9%)	308 (15.2%)	411
7-9	492 (76.2%)	1 675 (82.6%)	2 167
Réponses totales attendues	646*	2 027†	2 673

* : 646 réponses attendues = 26 médecins x 25 questions -

1 médecin x 4 questions concernant la BMI

† : 2 027 réponses attendues = 83 médecins x 25 questions -

12 médecins x 4 questions concernant la BMI

Test Khi-2 d'homogénéité : $P < 0.001$, l'hypothèse d'homogénéité est rejetée.

Tableau XXVI : Répartition des scores de la pertinence faisabilité acceptabilité de la partie technique du programme en fonction du lieu d'exercice des médecins

Scores	Nombre de réponses (%)			Total
	Chez les médecins urbains (51 médecins dont 5 n'utilisaient pas la BMI)	Chez les médecins semi-ruraux (18 médecins dont 4 n'utilisaient pas la BMI)	Chez les médecins ruraux (40 médecins dont 4 n'utilisaient pas la BMI)	
1-3	67 (5.3%)	6 (1.4%)	22 (2.2%)	95
4-6	181 (14.4%)	50 (11.5%)	180 (18.3%)	411
7-9	1 007 (80.3%)	378 (87.1%)	782 (79.5%)	2 167
Réponses totales attendues	1 255*	434†	984‡	2 673

* : 1 225 réponses attendues = 51 médecins x 25 questions -

5 médecins x 4 questions concernant BMI

† : 434 réponses attendues = 18 médecins x 25 questions -

4 médecins x 4 questions concernant BMI

‡ : 984 réponses attendues = 40 médecins x 25 questions -

4 médecins x 4 questions concernant BMI

Test Khi-2 d'homogénéité: $P < 0.001$, l'hypothèse d'homogénéité est rejetée.

Tableau XXVII : Répartition des scores de la pertinence faisabilité acceptabilité de la partie technique du programme en fonction de la mode d'exercice des médecins

Scores	Nombre de réponses (%)		Total
	Chez les médecins exerçants seuls (48 médecins dont 10 n'utilisaient pas la BMI)	Chez les médecins exerçants en groupe (61 médecins dont 3 n'utilisaient pas la BMI)	
1-3	34 (2.9%)	61 (4.0%)	95
4-6	180 (15.5%)	231 (15.3%)	411
7-9	946 (81.6%)	1 221 (80.7%)	2 167
Réponses totales attendues	1 160*	1 513†	2 673

* : 1 160 réponses attendues = 48 médecins x 25 questions -

10 médecins x 4 questions concernant BMI

† : 1 513 réponses attendues = 61 médecins x 25 questions -

3 médecins x 4 questions concernant BMI

Test Khi-2 d'homogénéité : $P = 0.313 > \alpha$, pas de différence statistique.

Tableau XXVIII : Répartition des scores de la pertinence faisabilité acceptabilité de la partie technique du programme en fonction du secteur d'exercice des médecins

Scores	Nombre de réponses (%)		Total
	Chez les médecins en secteur I (103 médecins dont 11 n'utilisaient pas de BMI)	Chez les médecins en secteur II (6 médecins dont 2 n'utilisaient pas de BMI)	
1-3	88 (3.5%)	7 (4.9%)	95
4-6	391 (15.5%)	20 (14.1%)	411
7-9	2 052 (81.0%)	115 (81.0%)	2 167
Réponses totales attendues	2 531*	142†	2 673

* : 2 531 réponses attendues = 103 médecins x 25 questions -

1 médecin x 4 questions concernant BMI

† : 142 réponses attendues = 6 médecins x 25 questions -

2 médecins x 4 questions concernant BMI

Test Khi-2 d'homogénéité : $P = 0.616 > \alpha$, pas de différence statistique.

Tableau XXIX : Répartition des scores de la pertinence faisabilité acceptabilité de la partie technique du programme en fonction de leur adhésion ou non à CAPI des médecins

Scores	Nombre de réponses (%)		
	Chez les médecins adhérent à CAPI (41 médecins dont 2 n'utilisaient pas la BMI)	Chez les médecins non adhérent à CAPI (68 médecins dont 11 n'utilisaient pas la BMI)	Total
1-3	43 (4.2%)	52 (3.1%)	95
4-6	136 (13.4%)	275 (16.6%)	411
7-9	838 (82.4%)	1 329 (80.3%)	2 167
Réponses totales attendues	1 017*	1 656†	2 673

* : 1 017 réponses attendues = 41 médecins x 25 questions -

2 médecins x 4 questions concernant BMI

† : 1 656 réponses attendues = 68 médecins x 25 questions -

11 médecins x 4 questions concernant BMI

Test Khi-2 d'homogénéité : $P = 0.034 > \alpha$, pas de différence statistique.

2.6 Répartition des scores de la partie technique (outils du programme + retours d'informations personnalisées) en fonction des scores moyens des thématiques du programme

Tableau XXX : Répartition des scores de la partie technique du programme en fonction des scores moyens de la pertinence faisabilité acceptabilité des thématiques

Scores de la partie technique	Nombre de réponses (%)			Total (109 médecins)
	Scores moyens des thématiques 1-3 (5 médecins, tous utilisaient BMI)	Scores moyens des thématiques 4-6 (36 médecins dont 6 n'utilisaient pas BMI)	Scores moyens des thématiques 7-9 (68 médecins dont 7 n'utilisaient pas BMI)	
1-3	28 (22.4%)	35 (4.0%)	32 (1.9%)	95
4-6	24 (19.2%)	257 (29.3%)	130 (7.8%)	411
7-9	73 (58.4%)	584 (66.7%)	1 510 (90.3%)	2 167
Réponses totales attendues*	125	876	1 672	2 673

* Réponses totales attendues = nombre de médecins x 25 questions pour la partie technique – nombre de médecins n'utilisaient pas BMI x 4 questions concernant BMI.

Test Khi-2 d'homogénéité: $P < 0.001$, l'hypothèse d'homogénéité rejetée.

2.7 Répartition démographique des médecins avec différent niveau de croyance sur la partie thématique

Tableau XXXI : caractères démographiques des médecins selon leurs scores moyens des thématiques

Caractère démographique	Score moyen thématique 1-3 (5 médecins)	Score moyen thématique 4-6 (36 médecins)	Score moyen thématique 7-9 (68 médecins)	Total (109 médecins)
Homme (%)	5 (100%)	33 (92%)	60 (88%)	98
Age > 45ans (%)	5 (100%)	32 (89%)	58 (85%)	95
Ile-de-France(%)	3 (60%)	8 (22%)	15 (22%)	26
Urbain (%)	3 (60%)	16 (44%)	32 (47%)	51
Secteur II	1 (20%)	2 (6%)	3 (4%)	6
Seul (%)	1 (20%)	19 (53%)	26 (38%)	46
CAPI (%)	2 (40%)	11 (31%)	28 (41%)	41

3) Les impacts du programme DPC – 2011 et

Les déterminants principaux pour l'optimisation médico-économique de la prescription médicamenteuse selon les médecins

1. Répartition des changements du comportement de prescription médicamenteuse

Tableau XXXII : changement du comportement de prescription médicamenteuse des médecins suite au programme

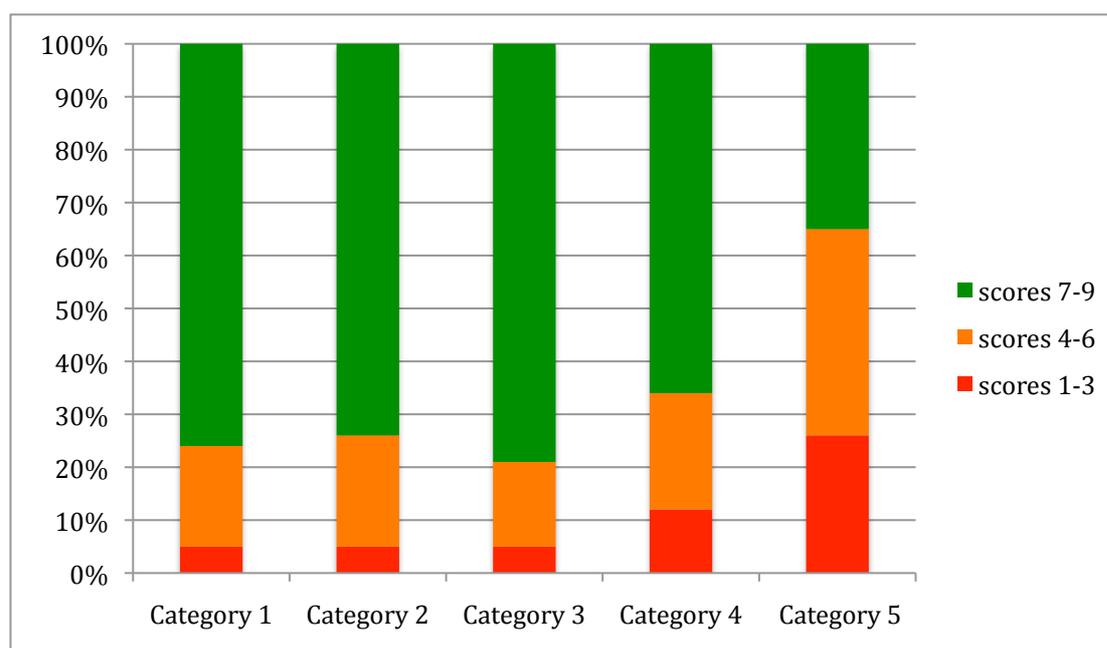
Comportement	Déjà changé	Intention de changer	Intention de ne pas changer	Ne changerai pas	Total
Nombre de médecins (%)	80	26	5	7	109
	98 (89.9%) *		11 (10.1%) †		

* Huit médecins ont choisi « déjà changé » ET « ai l'intention de changer ».

† Un médecin a choisi « ai l'intention de ne pas changer » ET « ne changerai pas ».

2. Répartition des scores sur les déterminants principaux pour l'optimisation médico-économique des prescriptions médicamenteuses

Figure 5 : Répartition des scores sur les 5 déterminants principaux pour l'optimisation médico-économique des prescriptions médicamenteuses



Category 1 : Retours d'informations précises

Category 2 : maîtrise des outils informatiques

Category 3 : être prescripteur initial

Category 4 : mesures tarifaires qui sont du ressort de l'état / assureurs

Category 5 : Substitution par des produits équivalents par les pharmaciens

3. Répartition de changement du comportement de prescription médicamenteuse en fonction des caractères démographiques

Tableau XXXIII: Répartition de changement du comportement de prescription médicamenteuse en fonction de l'âge des médecins

Comportement	Nombre de médecins (%)		
	Chez les ≤ 45 ans	Chez les > 45 ans	Total
Déjà changé OU Ai l'intention de changer	13 (92.9%)	85 (89.5%)	98
Ne changerai pas OU Ai l'intention de ne pas changer	1 (7.1%)	10 (10.5%)	11
Total	14	95	109

Tableau XXXIV: Répartition de changement du comportement de prescription médicamenteuse en fonction du sexe des médecins

Comportement	Nombre de médecins (%)		
	Chez les femmes	Chez les hommes	Total
Déjà changé OU Ai l'intention de changer	10 (90.9%)	88 (89.8%)	98
Ai l'intention de ne pas changer OU Ne changerai pas	1 (9.1%)	10 (10.2%)	11
Total	11	98	109

Tableau XXXV: Répartition de changement du comportement de prescription médicamenteuse en fonction de leur région d'exercice des médecins

Comportement	Nombre de médecins (%)		
	Chez les médecins en Île-de-France	Chez les médecins en autres régions	Total
Déjà changé OU Ai l'intention de changer	21 (80.8%)	77 (92.8%)	98
Ai l'intention de ne pas changer OU Ne changerai pas	5 (19.2%)	6 (7.2%)	11
Total	26	83	109

Tableau XXXVI: Répartition de changement du comportement de prescription médicamenteuse en fonction du lieu d'exercice des médecins

Comportement	Nombre de médecins (%)			Total
	Chez les médecins urbains	Chez les médecins semi-ruraux	Chez les médecins ruraux	
Déjà changé OU Ai l'intention de changer	44 (86.3%)	17 (94.4%)	37 (92.5%)	98
Ai l'intention de ne pas changer OU Ne changerai pas	7 (13.7%)	1 (5.6%)	3 (7.5%)	11
Total	51	18	40	109

Tableau XXXVII: Répartition de changement du comportement de prescription médicamenteuse en fonction de la mode d'exercice des médecins

Comportement	Nombre de médecins (%)		Total
	Chez les médecins exerçants seuls	Chez les médecins exerçants en groupe	
Déjà changé OU Ai l'intention de changer	40 (83.3%)	58 (95.1%)	98
Ai l'intention de ne pas changer OU Ne changerai pas	8 (16.7%)	3 (4.9%)	11
Total	48	61	109

Tableau XXXVIII: Répartition de changement du comportement de prescription médicamenteuse en fonction du secteur d'exercice des médecins

Comportement	Nombre de médecins (%)		Total
	Chez les médecins en secteur I	Chez les médecins en secteur II	
Déjà changé OU Ai l'intention de changer	95 (92.2%)	3 (50.0%)	98
Ai l'intention de ne pas changer OU Ne changerai pas	8 (7.8%)	3 (50.0%)	11
Total	103	6	109

Tableau XXXIX: Répartition de changement du comportement de prescription médicamenteuse en fonction de leur adhésion ou non à CAPI des médecins au moment de DPC 2011

Comportement	Nombre de médecins (%)		Total
	Chez les médecins adhérent à CAPI	Chez les médecins non adhérent à CAPI	
Déjà changé OU Ai l'intention de changer	40 (97.6%)	58 (85.3%)	98
Ai l'intention de ne pas changer OU Ne changerai pas	1 (2.4%)	10 (14.7%)	11
Total	41	68	109

4. Répartition de changement du comportement de prescription médicamenteuse en fonction des scores moyens de la partie technique du programme

Tableau XXXX : Changement du comportement en fonction des scores moyens de la partie technique du programme

Comportement	Nombre de médecins (%)			Total
	Scores moyens des techniques 1-3	Scores moyens des techniques 4-6	Scores moyens des techniques 7-9	
Déjà changé OU Ai l'intention de changer	0 (0%)	21 (84.0%)	77 (91.7%)	98
Ai l'intention de ne pas changer OU Ne changerai pas	0 (0%)	4 (16.0%)	7 (8.3%)	11
Total	0	25	84	109

5. Répartition de changement du comportement de prescription médicamenteuse en fonction des scores moyens des thématiques

**Tableau XXXXI : Changement du comportement en fonction des scores
moyens des thématiques**

Comportement	Nombre de médecins (%)			Total
	Scores moyens des thématiques 1-3	Scores moyens des thématiques 4-6	Scores moyens des thématiques 7-9	
Déjà changé OU Ai l'intention de changer	2 (40%)	32 (88.9%)	64 (94.1%)	98
Ai l'intention de ne pas changer OU Ne changerai pas	3 (60%)	4 (11.1%)	4 (5.9%)	11
Total	5	36	68	109

Discussion

1) Le choix d'une grille

Le DPC non présentiel proposé par la SFMG s'adressait à une population de médecins généralistes a priori familiers des usages professionnels des outils informatiques.

Par ailleurs, les médecins étaient volontaires et indemnisés pour participer à un processus d'amélioration possible de leur pratique sur une thématique librement choisie.

De ce fait, nous avons opté pour un questionnaire d'évaluation validé de type « consensus formalisé d'expert » qui permet de mieux mettre en évidence les « dissonances » au sein du groupe et leurs raisons.

2) Le choix des exclusions

L'objectif de l'étude était de rendre compte de la pertinence, faisabilité et acceptabilité d'une expérimentation concernant le retour d'informations médicales vers des médecins utilisateurs de l'informatique professionnelle.

Il était cohérent en regard de cet objectif d'exclure les médecins qui n'avaient pas terminé le programme du fait d'une utilisation non conforme de leur outil professionnel (utilisation partielle ou matériel inadapté). Néanmoins l'étude met en évidence que cette population concerne 8% des utilisateurs.

L'hypothèse du pire n'a pas été retenue du fait de son manque de plausibilité pour les 9 médecins (7.6%) qui ont terminé le programme mais que nous avons exclus de l'enquête (perdue de vue, refus de répondre, questionnaire fragmentaire).

Au total, l'analyse porte sur 109 médecins ayant répondu de façon complète au questionnaire soit 92.4% de la population terminant le programme.

3) Qualité et validité des résultats

1. Population étudiée

Tableau XXXXII: Caractère démographique de la population étudiée et des médecins généralistes de la France métropolitaine [15] en 2011

Caractère	Population étudiée	Généralistes en France métropolitaine
Âge 50-59	40.4%	38.7%
Âge moyen	54.8	52.7
Femme	10.1%	33.2%
Île de France	23.9%	18.8%
Cabinet seul	44.0%	52.3%

La population étudiée est assez proche de la population des médecins généralistes de la France métropolitaine, à l'exception d'un moindre pourcentage de médecins femmes.

2. Adhésion au CAPI

Avec 37.6% de médecins signataires du CAPI, la population participant à ce DPC non présentiel est parfaitement superposable à la population générale 38% [5] au même moment. Compte tenu de la proximité des thématiques retenues pour ce DPC et de celles du CAPI (« le médico-économique »), on aurait pu penser que ce DPC, par ailleurs indemnisé, attirerait préférentiellement les médecins adhérents au CAPI,

ce qui n'a pas été le cas. Autrement dit, 62,4% des médecins ayant refusé le CAPI proposé par la CNAMTS ont accepté de travailler sur une thématique médico économique quand cette thématique était portée par la société savante de la discipline.

4) La partie technique du programme

1. Les outils du programme

Comme on pouvait s'y attendre, l'étude ne montre pas d'obstacle concernant les outils du programme. Pour les 4 étapes des outils (utilisation d'une BMI, extraction et envois des données, retours d'informations par internet, identification précise de l'ordonnance), le taux de réponses favorables (7-9) atteint 80% pour la majorité des questions. Celui des opinions défavorables (1-3) ne dépasse pas 7,3% des réponses ventilées sur des médecins différents.

C'est la question de la pertinence de la BMI qui concentre le maximum de divergence. En effet 12% de médecins n'utilisaient pas cette fonctionnalité et parmi les 88% d'utilisateurs, 7.3% en avaient une opinion défavorable (1-3), liée à des questions de mise à jour de leur base, et 65.6% un avis favorable (7-9).

En 2005, le CNOM estimait déjà que 85% des médecins généralistes en France étaient informatisés et que 40% à 60% de ces médecins utilisaient un dossier médical informatisé [16]. Ce dernier pourcentage n'a fait que croître ces dernières années. Les résultats des questionnaires sont cohérents avec l'appropriation progressive des supports informatiques professionnels.

2. Les retours d'informations personnalisées du programme

Les retours d'informations personnalisées ne posent aucun obstacle sensible, avec un taux de réponses favorables (7-9) > 75% pour la majorité des questions et un taux de réponses défavorables (1-3) < 7,3%.

La divergence, concentrée sur les retours d'informations collectives est liée au fait que cinq médecins (4.6%) ont déclaré ne pas avoir reçu ces informations, qui ont pourtant été transmises selon la SFMG, et donc ont opté pour les scores 1-3.

Quand à "l'acceptabilité par les patients" notés à 1-3 dans 7,3% des cas, les commentaires des médecins indiquent plutôt un mouvement d'humeur : "Ca ne concerne pas le patient".

3. Les déterminants des scores de la partie technique

Les déterminants suivants avaient une influence sur la répartition des scores.

- Le sexe
- La région d'exercice (Ile-de-France / autres régions)
- Le lieu d'exercice (urbain / semi-rural / rural)

Les médecins femmes, les médecins exerçant hors Ile-de-France et ou les médecins en ruraux ou semi-ruraux, ont une légère tendance à répondre plus favorablement aux différents points du questionnaire.

Les médecins hommes /et ou les médecins exerçant en Ile-de-France et ou en région urbaine ont une légère tendance à répondre moins favorablement, mais ces tendances sont minimales puisque le taux de scores 1-3 pour la partie technique du programme dépasse rarement 5%.

Les déterminants suivants étaient sans influence sur la répartition des scores:

- L'âge (avant ou après le cursus de médecine générale 1997)
- La mode d'exercice (seul / en groupe),

- Le secteur d'exercice (secteur I / II),
- L'adhésion ou non à CAPI

Le degré « d'adhésion » aux thématiques est un facteur déterminant de la répartition des scores de la partie technique. Moins les médecins adhèrent à la thématique (5 médecins (1-3)), moins ils acceptent les outils informatiques : 22,4% de score 1-3. Ces résultats sont en concordance avec la théorie du comportement planifié (Ajzen & Albarracin 2007).

5) La partie thématique du programme

1. Répartition des scores de la partie thématique

La partie thématique suscite un peu plus de divergence dans les opinions des médecins : le taux de réponses favorables (7-9) varie de 50 à 70%, celui des opinions défavorables atteint 10%.

2. Les commentaires des désaccords (1-3) < 10%

Ils se répartissent en trois tiers

- Un tiers concerne les médicaments génériques alors que leur utilisation préférentielle est un objectif déterminant pour la CNAMTS
- Un tiers rend compte d'un doute sur l'appropriation de la thématique par les professionnels de santé à l'échelon national et l'implication des autres décideurs de santé.
- Un tiers exprime un rejet de la thématique elle-même et sa justification en regard de l'efficacité des soins.

3. Les déterminants des scores

Le faible nombre (5) des non adhérents à la thématique rend difficile l'interprétation des résultats. On peut néanmoins remarquer que trois d'entre eux exerçaient en urbain et en île de France et que tous sont des hommes âgés de plus de 45 ans.

Pour le reste de la population étudiée, c'est le mode d'exercice en groupe et l'adhésion au CAPI qui favorisent l'adhésion à la thématique.

4. Au total

La thématique étudiée ne modifie pas de façon notable l'adhésion au programme. Elle diminue un peu les scores favorables précédemment observés (50 à 70%), elle augmente un peu les scores défavorables (10%) mais cette non adhésion est concentrée sur un nombre plus faible de médecins.

6) L'impact du programme

1. Changement de comportement de prescription médicamenteuse suite au programme

Dans la population étudiée, quatre-vingt-dix-huit médecins (soit 90%) ont répondu avoir déjà changé ou avoir l'intention de changer de comportement de prescription : le programme est en adéquation avec ses objectifs.

Ce résultat encourageant est fondé sur la déclaration des médecins, il ne mesure pas la « nature » ni le « nombre » de changements et leur durée dans le temps.

Selon la littérature, l'effet de retours d'informations (*feedback*) sur le comportement de prescription médicamenteuse des médecins généralistes ne semble pas certain. Lorsqu'une efficacité peut être montrée, l'effet est faible à

modéré [17,18,19,20]. Il s'agit essentiellement des retours d'informations statistiques individuelles en comparaison à celles des retours d'informations collectives.

2. Changements de comportement en fonction des caractères démographiques

Les déterminants suivants ont une influence :

Les médecins exerçant hors île de France / et ou en milieu rural ou semi-rural / et ou en groupe / et ou en secteur I / et ou ayant adhéré à CAPI sont plus susceptibles de changer leurs comportements de prescription en regard d'optimisation médico-économique.

Les médecins exerçant en île de France/ et ou en urbain / et ou au cabinet seul / et ou en secteur II / et ou n'ayant pas adhéré au CAPI sont plus résistants au changement de comportements de prescription en regard d'indicateurs médico économiques.

Les déterminants suivants n'ont pas d'influence :

L'âge, le sexe

3. Changement de comportement en fonction du score moyen de la partie technique

La répartition de changement du comportement n'est pas influencée par le score moyen de la partie technique.

4. Changement de comportement en fonction du score moyen de la partie thématique

L'adhésion à la thématique a une influence importante sur le comportement de médecin : Sept des 11 médecins qui "n'ont pas l'intention de changer" ou "ne

changeront pas” leurs comportements de prescription médicamenteuse étaient soit en désaccord soit en position intermédiaire avec la thématique.

7) Les déterminants principaux de l’optimisation médico-économique des prescriptions médicamenteuses

Pour 79% des médecins généralistes, le fait d’être le prescripteur initial de l’ordonnance est le facteur principal de l’engagement dans l’optimisation médico-économique de l’ordonnance. Hors une partie des actes concernent des patients co-suivis pour lesquelles l’élaboration de l’ordonnance est le fait de la coopération de spécialités différentes.

Dans le registre du contrôle personnel est également citée la maîtrise des outils informatiques (74%).

« Les retours d’informations précises » (76%) dépendent pour partie du médecin dans la mesure où il est le responsable de la structuration de l’information dans son logiciel et pour partie du logiciel utilisé et des compétences informatiques de l’opérateur DPC.

Un point ne dépend pas du contrôle personnel mais fait l’objet de mesures incitatives expliquant sans doute son score (66%) : « les mesures tarifaires qui sont du ressort de l’état / l’assureur ».

La « substitution par des produits équivalents par les pharmaciens » qui est hors de contrôle du médecin n’arrive qu’en dernière position (35%) alors qu’elle pourrait l’être en premier du fait de sa position systémique.

Conclusion

Cent vingt-huit médecins généralistes informatisés étaient volontaires pour un DPC non présentiel. Dix d'entre eux, soit 8 %, n'ont pas participé au programme pour des raisons techniques alors qu'il s'agit de médecins utilisant l'informatique de façon courante. Ce frein devrait être pris en compte par les promoteurs et financeurs du DPC non présentiel. Il indique également que la formation à l'informatique médicale devrait faire partie du développement professionnel continu compte tenu des enjeux pour la CNAM.

Dans la population étudiée de médecins généralistes utilisateurs de l'informatique ayant terminé le programme, les aspects techniques du DPC non présentiel ne posaient pas d'obstacles majeurs. Moins de 7 % des participants étaient concernés, sans que ces difficultés ne gênent la réalisation du programme. La population concernée était majoritairement de sexe masculin exerçait en Ile-de-France, en milieu urbain et se déclarait non adhérente à la thématique proposée.

Comme dans la population des médecins généralistes 62 % des participants n'avaient pas adhéré au CAPI. Cependant ils acceptaient de participer à un programme de DPC portant sur la thématique de l'optimisation médico économique quand le sujet était porté par la société savante de la discipline. Ce constat devrait pousser la CNAM à développer des partenariats avec le Collège de la médecine Générale.

Selon les déclarations des participants, ce type de DPC avait un impact très positif en termes d'optimisation médico économique des prescriptions médicamenteuses puisque 73 % d'entre eux déclaraient avoir déjà changé de comportement et 24 % avoir l'intention de le faire. Comme pour l'acceptation du

programme le portage par une société savante semble avoir un impact très positif en termes de changement de comportement.

Il serait intéressant de quantifier le « poids » du changement (nombre et nature des modifications) par une étude complémentaire.

Le Président de thèse

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
P/ Le président de l'université, le doyen de
la faculté de médecine Paris-sud

Professeur Rissane OURABAH

Pr Serge BOBIN

Annexe 1: Tableau des Indicateurs de CAPI et ses scores à atteindre

1) Champ "Dépistage et prévention - suivi des pathologies chroniques"

THÈME	INDICATEURS	NIVEAU INITIAL	OBJECTIF intermédiaire	OBJECTIF CIBLE
Grippe.	Nombre de patients MT ≥ 65 ans Vaccines / nombre de patients MT ≥ 65 ans.		71 %	75 %
Cancer du sein.	Nombre de patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage du cancer du sein / nombre de patientes MT de 50 à 74 ans (calcul sur 2 ans).		73 %	80 %
Vasodilatateurs.	Nombre de patients MT > 65 ans traités / nombre patients MT > 65 ans.		9 %	7 % (**)
Benzodiazépines à demi-vie longue.	Nombre de patients MT > 65 ans traités / nombre patients MT > 65 ans.		9 %	5 % (**)
Diabète.	Nombre de patients diabétiques MT ayant 3 ou 4 dosages HbA1c par an / nombre de patients diabétiques MT.		55 %	65 %
	Nombre de patients diabétiques MT ayant eu un examen ophtalmologique (fond d'œil) par an / nombre de patients diabétiques MT		52 %	65 %
	Nombre de patients diabétiques MT (hommes > 50 ans, femmes > 60 ans) traités par antihypertenseurs et statines / nombre de patients Diabétiques MT (hommes > 50 ans, femmes > 60 ans) traités par antihypertenseurs.		65 %	75 %
	Nombre de patients diabétiques MT (hommes > 50 ans, femmes > 60 ans) traités par antihypertenseurs, statines et aspirine à faible dose / nombre de patients diabétiques MT (hommes > 50 ans, femmes > 60 ans) traités par antihypertenseurs et statines.		55 %	65 %
HTA.	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant normalisé leurs chiffres tensionnels ≤ 140/90.	30 %	40 %	50 %

Les patients pris en compte sont ceux qui ont déclaré le docteur comme médecin traitant.

(*) Les objectifs cibles des indicateurs visés supra sont décroissants.

2) Champ "Optimisation des prescriptions"

INDICATEURS	NIVEAU INITIAL	OBJECTIF intermédiaire	OBJECTIF CIBLE
-------------	----------------	------------------------	----------------

Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antibiotiques / prescription d'antibiotique (en nb de boîtes).		84 %	90 %
Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les IPP / prescription d'IPP (en nb de boîtes).		70 %	80 %
Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les statines / prescription de statines (en nb de boîtes).		58 %	70 %
Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antihypertenseurs / prescription d'antihypertenseurs (en nb de boîtes).		55 %	65 %
Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antidépresseurs / prescription d'antidépresseurs (en nb de boîtes)		70 %	80 %
Prescription d'IEC (en nb de boîtes) / prescription d'IEC + Sartans (en nb de boîtes).		55 %	65 %
Nb de patients MT traités par aspirine à faible dosage / nb de patients traités par antiagrégants plaquettaires.		84 %	85 %

Les prescriptions prises en compte sont celles des patients ayant déclaré le docteur comme médecin traitant.

Annexe 2 : Exemple d'un tableau de bord trimestriel de CAPI

Grille détaillée du suivi des indicateurs

Grille détaillée des niveaux constatés du docteur RAINERI FRANCOIS
n°911074235

Document non contractuel.

Nombre de patients tous régimes vous ayant déclaré comme médecin traitant (MT):0

Date de signature du contrat : 13/09/2010

Date d'effet du contrat : 01/10/2010

Champ«DEPISTAGE ET PREVENTION - Suivi des pathologies chroniques»

Thème	Indicateur	Fréquence de mise à jour	Niveau Initial	Objectif Intermédiaire	Objectif cible	Dernier niveau constaté	Date de l'indicateur
GRIPPE	Nombre de patients MT >= 65 ans ayant eu un remboursement de vaccin contre la grippe/Totalité des patients MT>=65 ans	Trimestriel/ Mensuel	58.5%	71.0%	75.0%	32.1%	31/10/2011
CANCER DU SEIN	Nombre de patientes MT 50-74 ans ayant eu une mammographie dans les 24 mois précédents/Totalité des patientes MT 50-74 ans	Trimestriel	61.9%	73.0%	80.0%	60.9%	30/09/2011
VASODILATATEURS	Nombre de patients MT > 65 ans traités par vasodilatateurs/Totalité des patients MT > 65 ans	Trimestriel	7.8%	9.0%	<=7.0%*	7.8%	30/09/2011
BENZODIAZEPINES A DEMI-VIE LONGUE	Nombre de patients MT > 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie longue/Totalité des patients MT > 65 ans	Trimestriel	10.9%	9.0%	<=5.0%*	7.8%	30/09/2011
DIABETE	Nombre des patients MT diabétiques ayant 3 ou 4 dosages HbA1c dans les 12 mois précédents/Totalité des patients MT diabétiques	Trimestriel	50.0%	55.0%	65.0%	39.1%	30/09/2011
DIABETE	Nombre de patients MT diabétiques ayant eu un examen ophtalmologique (fond d'oeil) dans les 12 mois précédents/Totalité des patients MT diabétiques	Trimestriel	63.6%	52.0%	65.0%	47.8%	30/09/2011
DIABETE	Nombre de patients MT diabétiques (hommes > 50 ans, femmes > 60 ans) traités par antihypertenseurs sous statines/Totalité des patients MT diabétiques (hommes > 50 ans, femmes > 60 ans) traités par antihypertenseurs	Trimestriel	61.5%	65.0%	75.0%	60.0%	30/09/2011
HTA	Part des patients traités par antihypertenseurs ayant normalisé leurs chiffres tensionnels (<=140/90)	Annuel	30.0%	40.0%	50.0%	90.8%	30/09/2011

* Les objectifs cible des indicateurs visés supra sont décroissants.

Les patients pris en compte sont ceux du régime général hors SLM qui ont déclaré le docteur RAINERI FRANCOIS comme médecin traitant.

Champ «OPTIMISATION DES PRESCRIPTIONS»

Indicateur	Fréquence de mise à jour	Niveau Initial	Objectif Intermédiaire	Objectif cible	Dernier niveau constaté	Date de l'indicateur
Taux de prescription d'antibiotiques inscrits au répertoire des génériques/Totalité des prescriptions d'antibiotiques (en nb de boîtes)	Mensuel	57.6%	84.0	90.0	95.7%	31/10/2011
Taux de prescription d'IPP inscrits au répertoire des génériques/Totalité des prescriptions d'IPP (en nb de boîtes)	Mensuel	85.0%	70.0	80.0	97.5%	31/10/2011
Taux de prescription de statines inscrites au répertoire des génériques/Totalité des prescriptions de statines (en nb de boîtes)	Mensuel	75.9%	58.0	70.0	76.4%	31/10/2011
Taux de prescription d'antihypertenseurs inscrits au répertoire des génériques/Totalité des prescriptions d'antihypertenseurs (en nb de boîtes)	Mensuel	63.0%	55.0	65.0	75.7%	31/10/2011
Taux de prescription d'antidépresseurs inscrits au répertoire des génériques/Totalité des prescriptions d'antidépresseurs (en nb de boîtes)	Mensuel	84.8%	70.0	80.0	67.4%	31/10/2011
Taux de prescription d'IEC/Prescriptions d'IEC et Sartans (en nb de boîtes)	Mensuel	32.7%	55.0	65.0	49.5%	31/10/2011
Nb de patients traités par aspirine faible dosage/Totalité des patients traités par antiagrégants plaquettaires	Trimestriel	75.9%	84.0	85.0	82.4%	30/09/2011

Les prescriptions prises en compte sont celles des patients ayant déclaré le docteur RAINERI FRANCOIS comme médecin traitant.

Annexe 3 : Lettre d'inscription DPC SFMG 2011

- Vous travaillez avec les logiciels MédiStory, Easyprat ou Mégabaze.
- Vous pouvez bénéficier d'une indemnisation de 690 € en participant au DPC non présentiel proposé par la SFMG.

LE DPC SFMG VOUS CONCERNE : EN QUOI CONSISTE T-IL ?

1. À prendre connaissance des documents qui vous seront adressés et qui traitent des enjeux médico-économiques des prescriptions médicamenteuses en médecine générale.
2. À adresser vos données de prescription à la SFMG à trois reprises, au moyen de l'extracteur fourni par la SFMG. **Nul besoin d'utiliser le DRC pour participer à cette action de formation : ce DPC s'intéresse aux ordonnances**
3. Après chaque envoi, vous recevrez en retour la liste des ordonnances qui pourraient éventuellement donner lieu à des modifications visant l'optimisation médico-économique. Vous restez maître de procéder ou non à des modifications sur les prescriptions à venir. C'est la capacité à mettre en place un retour d'informations ciblé sur la pratique qui est visé et non la quantification du changement

Aucune réunion (physique, téléphonique, Skype...) n'est prévue dans ce programme.

LE DPC SFMG VOUS CONCERNE : SOYEZ ACTEUR DE LA MISE EN VALEUR DE VOS DONNEES !

Dans cette période de négociation conventionnelle, l'enjeu pour la discipline est de montrer la capacité des médecins généralistes à contrôler les flux d'informations médicales les concernant.

Aidez-nous à mettre en place une informatique médicalement efficace, acceptable et contrôlée par la profession avant que les institutions ne s'en emparent

LE DPC SFMG VOUS CONCERNE : COMMENT S'INSCRIRE

1. **Inscription des médecins avant le 20 août 2011**
 - le médecin s'inscrit à titre individuel
 - Il remplit la lettre d'engagement OGC DPC
 - Il joint, comme pour les formations OGC classiques
 - une feuille de soins barrée
 - un chèque de caution de 250 € (qui sera rendu en fin de parcours)
2. **Rémunération**

Les médecins seront rémunérés par l'OGC **en fin de parcours** à hauteur a priori de **690 Euros** sous réserve d'avoir participé à l'**ensemble** de la démarche.

Contact

Catherine VENEAU
Secrétaire DPC SFMG
Tel. 01 41 90 98 20 – email : c.veneau@sfgm.org

Comptant sur votre contribution.
Très confraternellement,

Dr François Raineri, Responsable du Département Formation.
Dr Michel Arnould, Responsable de l'OMG

SFGM
141 avenue de Verdun
92130 Issy les Moulineaux
Tél : 01 41 90 98 20
Fax : 01 41 90 07 82

EN SAVOIR PLUS....

Les participants au programme DPC-SFGM devront faire 3 extractions de données entre août et décembre 2011. La SFMG proposera une sélection d'ordonnances par rapport à des thèmes qui auront été sélectionnés. A priori, le nombre d'ordonnances ne devrait pas excéder la vingtaine.

Le travail demandé consistera à regarder ses ordonnances par rapport à l'indicateur qui aura été choisi et à la lumière de la bibliographie qui vous aura été envoyée et de voir si vous envisagez ou non une modification de vos prescriptions lors de la prochaine rencontre avec le patient ou dans des situations cliniques analogues à venir.

Il n'y a aucune obligation à changer le paiement est indépendant du changement. C'est une analyse réflexive et c'est la seule chose demandée. Toute la procédure est anonymisée.

Un mois plus tard, vous serez amenés à pratiquer une nouvelle extraction. Ce même processus se répétera 2 fois d'ici la fin de l'année avec un indicateur différent à chaque fois.

Le processus est d'envisager le changement mais il n'y a pas d'obligation à changer.

Il est probable qu'à chaque étape, il y aura un questionnaire sur l'utilité ressentie de la procédure.

Un rapport sera adressé à l'OGC.

Annexe 4: Lettre d'engagement des médecins DPC 2011



Engagement des médecins OMG DPC 2011 (document 1)

Je soussigné,

Docteur

Adresse professionnelle :
..... ;

Déclare être inscrit comme participant à un programme de développement professionnel continu.

Intitulé (titre du programme du DPC): Retour d'informations sur la prescription médicamenteuse en médecine générale pour favoriser une optimisation médico-économique.

Organisé par la Société Française de Médecine Générale (SFMG)

Agréé par l'OGC DPC sous le numéro d'agrément : DPC NAT 07 11 01

Ce programme a l'ambition de développer une démarche qualité dans le champ des soins du DPC.

Elle suppose un investissement à long terme de la part du promoteur du programme, mais aussi de tous les participants médecins libéraux.

Conscient de cette nécessité, je prends l'engagement auprès de l'organisme de formation de participer à l'intégralité du programme mis en place.

Je reconnais avoir été informé par l'organisme de la durée de cet engagement, de la charge de travail m'incombant au cours de ce programme de DPC (réunions, travaux...).

Si je devais néanmoins abandonner ce programme avant son terme, je présenterais par écrit à l'organisme les raisons de mon départ.

Fait àle.....

Signature précédée de la mention : « Lu et approuvé » :

Annexe 5 : Exemple de retour d'information personnalisée concernant la prescription d'IPP

Praticien :

Nom

Prénom

Code:M169

Liste des ordonnances – le code patient est directement accessible dans votre fenêtre de recherche des patients.

Ordonnances sélectionnées par type d'IPP			
Code SFMG	Type IPP	Patient	Date séance
M169	RABEPRAZOLE	166	04/01/2011
M169	RABEPRAZOLE	166	25/03/2011
M169	ESOMEPRAZOLE	485	07/03/2011
M169	ESOMEPRAZOLE	879	11/01/2011
M169	ESOMEPRAZOLE	2118	24/05/2011
M169	ESOMEPRAZOLE	2118	07/06/2011
M169	ESOMEPRAZOLE	2184	14/03/2011
M169	ESOMEPRAZOLE	2328	15/02/2011
M169	ESOMEPRAZOLE	2328	05/04/2011
M169	ESOMEPRAZOLE	2328	26/05/2011
M169	ESOMEPRAZOLE	2509	17/03/2011
M169	ESOMEPRAZOLE	2690	14/01/2011
M169	ESOMEPRAZOLE	2690	13/05/2011
M169	ESOMEPRAZOLE	2690	10/06/2011
M169	ESOMEPRAZOLE	2891	04/01/2011
M169	ESOMEPRAZOLE	3141	25/01/2011
M169	ESOMEPRAZOLE	3141	22/04/2011
M169	ESOMEPRAZOLE	3325	25/02/2011
M169	ESOMEPRAZOLE	3325	24/06/2011
M169	ESOMEPRAZOLE	4019	01/02/2011
M169	ESOMEPRAZOLE	4219	20/01/2011
M169	ESOMEPRAZOLE	4219	10/03/2011
M169	ESOMEPRAZOLE	4711	08/02/2011
M169	ESOMEPRAZOLE	5316	15/03/2011

Annexe 6: Exemple de retour de documentation : préconisation institutionnelle pour la prescription d'IPP

Prescription dans le répertoire des génériques pour les IPP

Les IPP sont des médicaments très prescrits car très efficaces avec peu d'effets secondaires.

Ils ont, depuis la mise sur le marché de l'oméprazole en 1989, complètement modifié la prise en charge des pathologies digestives hautes en particulier celle des ulcères gastriques et duodénaux (en association avec les antibiotiques pour l'éradication d'*Helicobacter pylori*) et de l'oesophagite (quasi disparition des interventions chirurgicales).

Les cinq molécules existantes sont l'oméprazole (Mopral® et Zoltum®), le lansoprazole (Lanzor® et Ogast®), le pantoprazole (Inipomp® et Eupantol®), le rabéprazole, (Pariet®), l'ésoméprazole (Inexium®).

Dès 2006, une mini-revue⁽¹⁾ d'études cliniques sur la comparaison du pantoprazole et de l'ésoméprazole estimait qu'il était difficile de conclure à la supériorité de l'un des IPP par rapport à l'autre.

En janvier 2009, la Commission de transparence de la Haute Autorité de Santé a réalisé une réévaluation des performances cliniques des 5 molécules existantes d'IPP⁽²⁾ :

L'analyse de la HAS, sur 25 études de haut niveau de preuve (méta-analyses, revues systématiques, études cliniques randomisées, recommandations), n'a pas permis de démontrer la supériorité d'un IPP par rapport à un autre dans:

- ▶ le traitement symptomatique du RGO :
La HAS a conclu qu'au vu des données de comparaisons directes d'IPP disponibles^(3,4), il n'a pas été mis en évidence de différence d'efficacité entre les IPP, sur l'amélioration des symptômes, lors du traitement initial à court terme du RGO sans œsophagite.
- ▶ La prévention des lésions gastro-duodénales induites par les AINS chez les sujets à risque.
Les recommandations de l'AFSSAPS⁽⁵⁾ n'ont pas mentionné l'utilisation préférentielle d'un IPP par rapport à un autre dans cette indication.
- ▶ l'éradication de l'*Helicobacter pylori*
- ▶ le traitement de l'ulcère duodénal et l'ulcère gastrique évolutif
- ▶ le traitement d'entretien de l'ulcère duodénal
- ▶ le traitement des lésions gastro-duodénales dues aux AINS

En terme de tolérance, il n'a pas été mis en évidence de différence entre les IPP pour ce qui concerne la survenue globale d'événements indésirables.

L'évaluation comparative des IPP permet de conclure à une efficacité comparable de ces produits dans leurs différentes indications, à l'exception de l'oesophagite ulcéreuse. Les conclusions de cette évaluation sont en concordance avec celle du rapport de santé suédois, qui avait évalué comparativement les 5 IPP en 2006⁽⁶⁾.

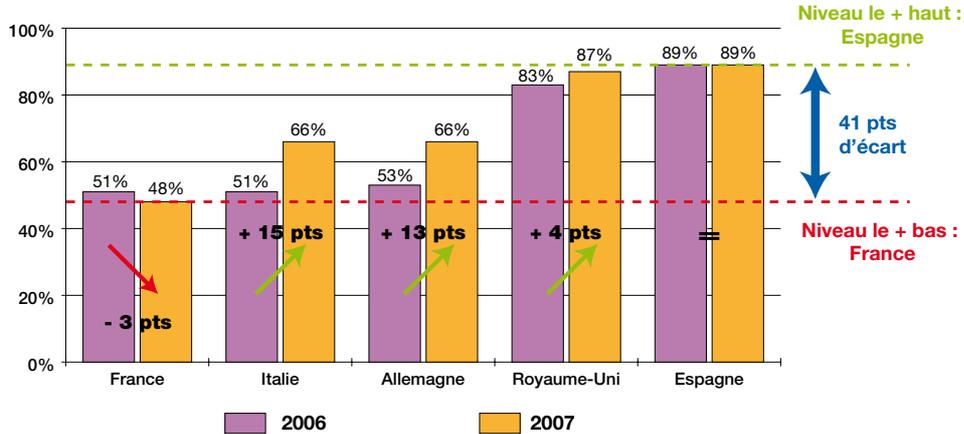
Aussi, il importe, tant pour les patients eux-mêmes que pour la collectivité, que les médecins traitants prennent en considération dans leur choix le critère du coût des traitements qu'ils instaurent, dès lors bien sûr que l'efficacité et la sécurité en sont comparables et que l'indication et l'état de leurs patients le permettent.

ETAT DES LIEUX

En France la prescription dans le répertoire des génériques évolue peu et a même baissé en 2008. En effet, la part de prescription dans le répertoire a baissé de 2 points entre 2007 et 2008.

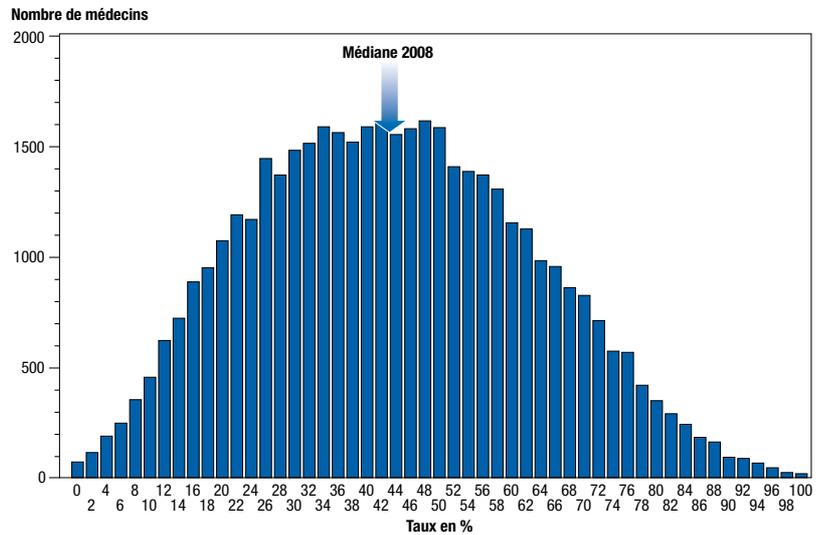
Cette baisse de la prescription dans le répertoire des IPP est un phénomène unique en Europe. En Allemagne, au Royaume-Uni et en Italie, la commercialisation des génériques du lansoprazole a conduit à une forte augmentation de la prescription dans le répertoire en 2007.

IPP - Évolution comparée de la prescription dans le répertoire en Europe



Actuellement, il existe des génériques de l'oméprazole et du lansoprazole, l'arrivée en mai 2009 des génériques du pantoprazole (Eupantol®, Inipomp®), devrait permettre d'augmenter la prescription des IPP dans le répertoire des génériques.

La figure ci-dessous représente la distribution des médecins traitants en fonction de la proportion, dans leur patientèle « médecin traitant » des prescriptions d'IPP « génériques » sur l'ensemble des prescriptions d'IPP. La médiane est à 43%, ce qui signifie que la moitié des médecins se situe en dessous de ce taux.



INDICATEUR ET OBJECTIF CIBLE DU PROGRAMME

L'indicateur retenu est la part d'IPP prescrits dans le répertoire des génériques (en boîtes remboursées) sur l'ensemble des IPP prescrits (en boîtes remboursées) par le médecin aux patients l'ayant désigné comme « médecin traitant ».

**→ Objectif cible :
80% de prescriptions d'IPP dans le répertoire des génériques**

L'objectif ainsi fixé laisse une marge importante pour les situations cliniques où la prescription d'un IPP dans le répertoire n'est pas souhaitée. Cet objectif a été déterminé à partir des comparaisons internationales et de la distribution des médecins au regard de cet indicateur.

- (1) Dupas J L Différences d'activité entre les inhibiteurs de la pompe à protons : Quelle réalité ? Hepato-Gastro, 2006 ; vol 13, n°5 : 363-8.
- (2) Les avis de la commission de transparence sont disponibles sur www.has-sante.fr
- (3) Khan M et al. Medical treatments in the short term management of reflux oesophagitis (Review). The Cochrane database of Systematic Reviews 2007; Issue 2.
- (4) McKeage et al. A review of its use in the management of gastric acid-related diseases in adults. Drugs 2008; 68 (11): 1571-607.
- (5) Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Les antisécrétoires gastriques chez l'adulte. Recommandations de bonne pratique. Saint-Denis : AFSSAPS 2007
- (6) Läkemedelsförmånsnämnden. The review of drugs against diseases caused by stomach acid. Solna: LFN; 2006.

Annexe 7 : Le Questionnaire

Questionnaire d'évaluation programme DPC-OMG-2011 Pertinence Faisabilité Acceptabilité Impact

Présentation

Chère consœur, cher confrère.

Dans le cadre d'une évaluation plus précise du programme DPC-OMG-2011, la SFMG a proposé à une future consœur de la faculté de médecine de Kremlin-Bicêtre (Paris XI) la soutenance d'une thèse professionnelle sur ce sujet. Les résultats de ce travail seront soutenus courant 2012 à la Faculté de Médecine de Paris 11. Nous souhaitons également les présenter lors du Congrès de la Médecine Générale à Nice et à la Wonca. Enfin un travail de recherche est également en cours avec le soutien de l'URPS IDF.

C'est dire l'importance de votre collaboration à cette enquête

Pascale Arnould Présidente SFMG

Extrait Justification de la thèse

La CNAMTS a mis en place en 2009[1] un « Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) » Ce contrat individuel repose sur la mesure d'indicateurs reflète selon la CNAMTS de la qualité et de l'efficacité des soins délivrés aux patients. Les médecins signataires reçoivent des retours d'informations statistiques apportées par la CNAMTS. Les indicateurs proposés sont construits à partir des seules données de la CNAMTS. Les données de prescription médicamenteuses ne concernent que les médicaments délivrés dans les officines. Les retours informations reçus par le médecin (listes des patients possiblement concernés et indicateurs statistiques) sont globaux et ne permettent pas d'identifier de façon précise les patients ou les ordonnances concernés. De ce fait la question de la pertinence de cette information pour induire de façon optimale des changements souhaitables reste posée.

Dans ce contexte, la SFMG a répondu en 2010 à l'appel d'offre de l'Organisme de Gestion Conventionnel (OGC) [2], pour expérimenter la faisabilité d'un Développement Professionnel Continu non résidentiel [3]. Le projet consistait à étudier, pour certains indicateurs de pratique proches du CAPI, la faisabilité d'un retour d'informations ciblées vers les médecins, la pertinence de ce retour, son acceptabilité par les médecins et l'impact éventuel sur leur comportement de prescription. Pour ce faire la SFMG s'est appuyée sur son système de recueil d'informations médicales en médecine générale, l'Observatoire de la médecine générale [4], et sa capacité d'apporter aux médecins un retour d'informations contextualisées au patient permettant d'identifier les patients et les ordonnances concernées.

« Je vous remercie pour l'attention que vous porterez à ma requête ainsi que pour votre participation »

Mme Ling MA Interne en MG

MÉTHODE

Modalités de cotation

Vous avez à vous prononcer sur la pertinence, la faisabilité, l'acceptabilité et l'impact du programme DPC OMG. Votre avis s'appuiera sur votre connaissance des données de la science concernant les thématiques proposées et sur votre propre expérience d'investigateur.

- La pertinence est le fait de convenir, d'être approprié, de se rapporter exactement à ce dont il est question.
- La faisabilité est la clarté opératoire nécessaire à la réalisation des procédures proposées et leur réalisme.
- L'acceptabilité est la capacité à accepter de se soumettre à la procédure. Elle concerne le médecin et le patient.
- L'impact est l'influence qui en résulte.

Règles de cotation

Il vous est demandé de remplir le questionnaire intégralement. Vous devez impérativement donner une réponse pour chacune des dimensions évaluées.

Pour chaque proposition, en regard de chaque dimension évaluée, est placée une échelle discontinue graduée de 1 à 9 :

- la gradation 1 signifie que selon vous la proposition est totalement non indiquée ou inacceptable ;
- la gradation 9 signifie que selon vous la proposition est totalement indiquée ou acceptable ;
- les valeurs 2 à 8 traduisent toutes les situations intermédiaires possibles.

Rédaction des commentaires

- Il est essentiel que vous fassiez des commentaires pour justifier les valeurs faibles, c'est-à-dire celles qui sont comprises dans l'intervalle [1 à 3].

Le questionnaire

-
-
- Date de remplissage du questionnaire : ... / /2012
- NOM :
- Prénom :
- Date de naissance :
- Code postal de votre département d'exercice :
- Genre : Homme Femme
- Mode d'exercice : Seul En groupe
- Secteur : I II
- Adhésion au CAPI au moment du DPC: Oui Non

-
-
- **Première partie: évaluer la pertinence, la faisabilité et l'acceptabilité des outils nécessaires au programme DPC-OMG:**

-
- 1. Concernant l'outil "la base de médicaments informatique"
-

- *Cas 1. Je dispose d'un Logiciel d'Aide à la Prescription (base de médicament informatique)*
-

- 1.1 Cochez le logiciel utilisé :

- BCB Vidal Thériaque Thésorimed Autres
-

- 1.2 Ma base de médicament informatique est pertinente (appropriée) pour la prescription

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

- *Pas d'accord* *Tout à fait d'accord*

- *Commentaires (si 123)*

- :
-
-

- 1.3 L'utilisation de ma base de médicament informatique à la prescription est **faisable** pendant les consultations

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

- *Pas d'accord* *Tout à fait d'accord*

- *Commentaires (si 123)*

- :
-
-

- 1.4 L'utilisation de ma base de médicament informatique pendant les consultations est **acceptable** par le médecin

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

- *Pas d'accord* *Tout à fait d'accord*

- *Commentaires (si 123)*

- :
-
- 1.5 L'utilisation de ma base de médicament informatique pendant la consultation est **acceptable** par le patient

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

- *Pas d'accord* *Tout à fait d'accord*
- *Commentaires (si 123)*
- :
-

- *Cas 2 Je ne dispose pas d'un Logiciel d'Aide à la Prescription (base de médicament informatique)*

-
- Pour quelles raisons ? (Plusieurs réponses possibles)
- Je n'utilise pas l'informatique pour prescrire
- Je dispose d'un thésaurus personnel
- Trop cher
- Trop long
- Ma maîtrise de l'informatique est insuffisante
- Autres

- 2. Concernant le logiciel pour l'extraction des données nécessaires à l'analyse et à leur envoi vers l'Observatoire de la Médecine Générale (OMG)

-
- 2.1 Ce logiciel est **pertinent** (appropriée) pour extraire les données nécessaires et les envoyer vers l'OMG

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

- *Pas d'accord* *Tout à fait d'accord*
- *Commentaires (si 123)*
- :
-

- 2.2 L'extraction des données nécessaires à l'analyse et leur envoi vers l'Observatoire de la Médecine Générale sont **faisables**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

- *Pas d'accord* *Tout à fait d'accord*
- *Commentaires (si 123)*
- :
-

- 2.3 L'extraction des données nécessaires à l'analyse et leur envoi vers l'Observatoire de la Médecine Générale sont **acceptables** par le médecin

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

- *Pas d'accord* *Tout à fait d'accord*
- *Commentaires (si 123)*

- :
- 2.4 L'extraction des données nécessaires à l'analyse et leur envoi vers l'Observatoire de la Médecine Générale sont **acceptables** par le patient

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

- *Pas d'accord* *Tout à fait d'accord*
- *Commentaires (si 123)*
- :

3 Concernant la maîtrise des outils Internet pour le retour d'informations par Internet (maîtrise de l'abonnement Internet / maîtrise de la messagerie)

3.1 Le retour d'informations par Internet (maîtrise de l'abonnement Internet/maîtrise de la messagerie) est pertinent pour le médecin

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord *Tout à fait d'accord*
Commentaires (si 123)

:

3.2 Le retour d'informations par Internet (maîtrise de l'abonnement Internet/maîtrise de la messagerie) est **faisable** pour le médecin

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord *Tout à fait d'accord*
Commentaires (si 123)

:

3.3 Le retour d'informations par Internet (maîtrise de l'abonnement Internet/maîtrise de la messagerie) est **acceptable** par le médecin

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord *Tout à fait d'accord*
Commentaires (si 123)

:

3.4 Le retour d'informations par Internet (maîtrise de l'abonnement Internet/maîtrise de la messagerie) est **acceptable** par le patient

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord *Tout à fait d'accord*
Commentaires (si 123)

:

4 Concernant la modification éventuelle de la prescription médicamenteuse par l'identification précise du patient et de l'ordonnance

4.1 La modification éventuelle de la prescription médicamenteuse par l'identification précise du patient et de l'ordonnance concernée est **pertinente** pour le médecin

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord *Tout à fait d'accord*
Commentaires (si 123)

:

4.2 La modification éventuelle de la prescription médicamenteuse par l'identification précise du patient et de l'ordonnance concernée est **faisable** pour le médecin

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

:

4.3 La modification éventuelle de la prescription médicamenteuse par l'identification précise du patient et de l'ordonnance concernée est **acceptable** par le médecin

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

:

4.4 La modification éventuelle de la prescription médicamenteuse par l'identification précise du patient et de l'ordonnance concernée est **acceptable** par le patient

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

:

Deuxième partie : Évaluer la pertinence, la faisabilité et l'acceptabilité des retours d'informations personnalisés qui ont été adressés

5.1 Les informations « patients et prescriptions » sont conformes aux données de ma base

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

:

Concernant le retour d'informations individualisées pour analyse afin d'optimiser mes prescriptions

5.2 Le retour d'informations individualisées pour analyser afin d'optimiser mes prescriptions est **pertinent**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

:

5.3 Le retour d'informations individualisées pour analyser afin d'optimiser mes prescriptions est **faisable**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

:

5.4 Le retour d'informations individualisées pour analyser afin d'optimiser mes prescriptions est **acceptable** par le médecin

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

.....
.....

5.5 Le retour d'informations individualisées pour analyser afin d'optimiser mes prescriptions est **acceptable** par le patient

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

.....
.....

Concernant le retour d'informations collectives pour comparer ma pratique à celle du groupe afin d'optimiser ma prescription médicamenteuse

6.1 Le retour d'informations collectives pour comparer ma pratique à celle du groupe afin d'optimiser ma prescription est **pertinent**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

.....
.....

6.2 Le retour d'informations collectives pour comparer ma pratique à celle du groupe afin d'optimiser ma prescription est **faisable**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

.....
.....

6.3 Le retour d'informations collectives pour comparer ma pratique à celle du groupe afin d'optimiser ma prescription est **acceptable** par le médecin

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

.....
.....

6.4 Le retour d'informations collectives pour comparer ma pratique à celle du groupe afin d'optimiser ma prescription est **acceptable** par le patient

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

.....
.....

Troisième partie : Évaluer la pertinence, la faisabilité et l'acceptabilité de la thématique spécifique « optimisation médico-économique de la prescription médicamenteuse » : donner votre avis du point de vue général ET sur votre pratique quotidienne

Concernant le principe de l'optimisation médico-économique de la prescription médicamenteuse pour améliorer la qualité des soins délivrés aux patients

7.1 Le principe de l'optimisation médico-économique de la prescription médicamenteuse est **pertinent** pour le médecin afin d'améliorer la qualité des soins

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

:

7.2 Le principe de l'optimisation médico-économique de la prescription médicamenteuse est **faisible** pour le médecin afin d'améliorer la qualité des soins

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

:

7.3 Le principe de l'optimisation médico-économique de la prescription médicamenteuse est **acceptable** par le médecin afin d'améliorer la qualité des soins

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

:

7.4 Le principe de l'optimisation médico-économique de la prescription médicamenteuse est **acceptable** par le patient afin d'améliorer la qualité des soins

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

:

Concernant l'optimisation médico-économique de la prescription médicamenteuse en pratique quotidienne pour améliorer la qualité des soins délivrés aux patients

8.1 L'optimisation médico-économique de la prescription médicamenteuse est une aide **pertinente** pour le médecin dans sa pratique quotidienne

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

:

8.2 L'optimisation médico-économique de la prescription médicamenteuse est une aide **faisible** pour le médecin dans sa pratique quotidienne

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

:

8.3 L'optimisation médico-économique de la prescription médicamenteuse est une aide **acceptable** par le médecin dans sa pratique quotidienne

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

.....
.....

8.4 L'optimisation médico-économique de la prescription médicamenteuse est une aide **acceptable** par le patient dans la pratique quotidienne

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

.....
.....

Quatrième partie : Évaluer la pertinence, la faisabilité et l'acceptabilité de la thématique de l'«optimisation médico-économique»

L'optimisation médico-économique pour aider au choix de soins efficaces (efficacité médicale rapportée au coût du traitement)

9.1 L'optimisation médico-économique est **pertinente** pour aider au choix de soins efficaces (efficacité médicale rapportée au coût du traitement)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

.....
.....

9.2 L'optimisation médico-économique est **faisable** pour aider au choix de soins efficaces (efficacité médicale rapportée au coût du traitement)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

.....
.....

9.3 L'optimisation médico-économique est **acceptable** par le médecin pour aider au choix de soins efficaces (efficacité médicale rapportée au coût du traitement)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

.....
.....

9.4 L'optimisation médico-économique est **acceptable** par le patient pour aider au choix de soins efficaces (efficacité médicale rapportée au coût du traitement)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

.....
.....

L'optimisation médico économique pour améliorer l'organisation du système de santé

10.1 Globalement l'optimisation médico économique est **pertinente** pour améliorer l'organisation du système de santé

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

:

10.2 Globalement l'optimisation médico économique est **faisable** pour améliorer l'organisation du système de santé

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

:

10.3 Globalement l'optimisation médico économique est **acceptable** pour améliorer l'organisation du système de santé par les professionnels de santé

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

:

10.4 Globalement l'optimisation médico économique est **acceptable** pour améliorer l'organisation du système de santé par la population

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

:

Cinquième partie: évaluer les impacts du programme et les déterminants DPC-OMG-2011

11.1 À la suite de ce programme portant sur les indicateurs médico économiques quelles sont les modifications du comportement de prescription envisagées :

- J'ai déjà changé certaines prescriptions
- J'ai plutôt l'intention d'apporter des changements à mes prescriptions
- J'ai plutôt l'intention de ne pas changer mon comportement de prescription
- Je ne changerai pas

12.1 Les efforts des professionnels de santé sur l'optimisation médico-économique de la prescription médicamenteuse vont contribuer à la qualité de soins portés aux patients:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

:

12.2. Les efforts des professionnels de santé sur l'optimisation médico-économique de la prescription médicamenteuse vont contribuer à améliorer le rapport coût/efficacité du système de santé:

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

.....
.....

12.3 Les professionnels de santé devraient être motivés pour l'optimisation médico-économique des prescriptions médicamenteuses

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

.....
.....

Le déterminant principal pour l'optimisation médico-économique des prescriptions médicamenteuses repose sur

13.1. Le déterminant principal pour l'optimisation médico-économique des prescriptions médicamenteuses repose sur le retour d'information identifiant le patient et l'ordonnance concernée

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

.....
.....

13.2 Le déterminant principal pour l'optimisation médico-économique des prescriptions médicamenteuses repose sur la maîtrise des outils informatiques au cabinet

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

.....
.....

13.3 Le déterminant principal pour l'optimisation médico-économique des prescriptions médicamenteuses repose sur le fait d'être le prescripteur initial des médicaments figurant sur l'ordonnance

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

.....
.....

13.4 Le déterminant principal pour l'optimisation médico-économique des prescriptions médicamenteuses repose sur des mesures tarifaires qui sont du ressort de l'État et/ou de l'Assureur

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

.....
.....

13.5 Le déterminant principal pour l'optimisation médico-économique des prescriptions médicamenteuses repose sur des mesures de substitution par des produits équivalents qui sont du ressort du pharmacien

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Pas d'accord

Tout à fait d'accord

Commentaires (si 123)

.....
.....

Bibliographie

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. « CAPI »: Le NON du CNOM : Tels qu'ils sont, ils contreviennent à la déontologie. Presse 24 avril 2009.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/presse>
2. Syndicat de la Médecine Générale. Les CAPI, un recul pour la médecine générale. Pétition et lettre ouverte à Monsieur Frédéric Van ROEKEGHEM (Mardi 30 juin 2009).
<http://www.smg-pratiques.info/Les-CAPI-un-recul-pour-la-medecine,311.html>
3. Confédération des Syndicats Médicaux Français. La CSMF dépose un recours en Conseil d'État contre le CAPI. L'actualité de la CSMF: Derniers communiqués 22 juin 2009.
http://www.csmf.org/index.php?option=com_content&task=view&id=752&Itemid=541
4. Syndicat des Médecins Libéraux. CAPI : L'IMPOSSIBLE USINE A GAZ. SML Hebdo n°177-23 avril 2009.
<http://www.lesml.org/newsletters/newsletter20090423-696.html>
5. Les Comptes de la Sécurité Sociale. Rapports de la CCSS de septembre 2011;10:134.
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/fiche_eclairage_maladie_capi_sept_2011.pdf
6. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Rémunération à la performance dans le contexte sanitaire français: État des lieux et perspectives. Document Haute Autorité de Santé Juillet 2008.
7. The Information Centre of National Health Service. Introduction to QOF.

- Document NHS. <http://www.ic.nhs.uk> Rubrique Statistics & Data collections: Audits and performance.
8. NHS Employers. Quality and Outcomes Framework Guidance- Updated August 2004. Document NHS.
http://www.nhsemployers.org/SiteCollectionDocuments/QOF_guidance_updated_August_2004_ja120711.pdf
 9. L'Assurance Maladie. La brochure d'information: CAPI Programme d'évolution des pratiques; Des repères individuels pour une dynamique collective.
<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/> Rubrique Exercer au quotidien: Le CAPI.
 10. Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie. Décision du 9 mars 2009 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la création d'un contrat type d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés. JORF n°0093 du 21 avril 2009 page 6839. Texte n°34.
 11. Organisme de Gestion Conventionnel. Lancement de l'appel d'offres DPC 2011. <http://www.ogc.fr/> Dossier Presse septembre 2010.
 12. Organisme de Gestion Conventionnel. DPC 2011 - Cahier des Charges des programmes de Développement Professionnel Continu.
 13. Duhot D, Kandel O, Boissault P, Hebbrecht G, Arnould M. L'Observatoire de la Médecine Générale. PrimaryCare 2009;9(2):41–5.
 14. Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins. Cahier jurispratique: Questions-réponses sur le développement professionnel continu. Médecins n°22 mars – avril 2012. P18-19.
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/medecins22.pdf

15. Daniel SICART. Les médecins au 1er janvier 2012. DREES. Série statistiques. n° 167 – février 2012. P103-105. <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-medecins-au-1er-janvier-2012,10479.html>
16. Dr Jean-Marie FAROUDJA. Questions sur l'informatisation des dossiers médicaux, le partage et l'hébergement des données. Ordre national des médecins. Article. 18 juin 2005. P5. <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/questions-sur-l-informatisation-des-dossiers-medicaux-le-partage-et-l-hebergement-des-donnees-726>
17. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé. Feedback: évaluation de l'impact et des barrières à l'implémentation. KCE reports vol. 32B. 2006.
18. Søndergaard J, Andersen M, Støvring H, Kragstrup J. Mailed prescriber feedback in addition to a clinical guideline has no impact: a randomized, controlled trial. Scand J Prim Health Care. 2003 Mars; 21(1): 47-51.
19. Madrdejós-Mora R, Amado-Guirado E, Pérez-Rodríguez MT. Effectiveness of the combination of feedback and educational recommendations for improving drug prescription in general practice. Med Care 2004 Jul; 42(7): 643-8.
20. Nilsson G, Hjemdahl P, Hässler A, Vitols S, Wallén NH, Krakau I. Feedback on prescribing rate combined with problem-oriented pharmacotherapy education as a model to improve prescribing behaviour among general practitioners. Eur J Clin Pharmacol 2001 Jan-Feb; 56(11): 843-8.

Summary

In the context of the installation of the Contract of Improvement of Individual Practices (CAPI) by CNAMTS, the French Society of General Medicine (SFMG) organized, in 2011, an action of no residential Continued Professional Development (DPC). The action had the following objectives: provoke a reflexion on the medico-economic element; allow to the practitioners to optimize their drugs prescriptions in their medico-economic aspects. **Research question:** Pertinence Practicality Acceptability of the return of contextualized information to the patient concerning the drug prescription and Impacts on the practitioner's prescription behaviour. **Methods:** Recruit computerized general practitioners, volunteers and payed. Analyse the medical data of drug prescription related to indicators chosen within the indicators of the CAPI. Address to the practitioners the results of the analysis and the scientific documents. Question the participants, on pertinence, practicality and acceptability of process and impacts on the prescription behaviour. **Results:** Totally 118 practitioners of 128 registered (92 %) did accomplish the programme. One hundred and nine practitioners answered the questionnaire completely. Ten practitioners (8%) did not end the programme due to the computer problems. Sixty-eight practitioners (62 %) were not adherents of CAPI when the programme took place and the demographic characters of this population are also close to those of the practitioners in France. The tools of the programme and the returns of individual information did not present major obstacle (the rate of favorable answers reached 75 %; the rate of disadvantageous opinions did not exceed 7,3 %). The theme provoked a little more divergence. Ninety-eight participants (90 %) answered that they have already changed or have intention to change their prescription behaviour. **Conclusions:** The computerization was a major obstacle for the practitioners to participate in this type of programme. The theme of economic optimization was better accepted by the general practitioners when it was carried by the Colleague. This programme had a very positive impact on the behavior of prescription.

Key words: no residential Continued Professional Development, return of contextualized information, drug prescription, medico-economic optimization, practicality, acceptability

Résumé

Dans le contexte de la mise en place du Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles par la CNAMTS, la Société Française de la Médecine Générale (SFMG) a organisé une action de Développement Professionnel Continu (DPC) non présentiel en 2011. Cette action avait pour objectifs de susciter une réflexion sur la composante médico économique de leur prescription médicamenteuse et de permettre aux médecins d'optimiser leurs prescriptions médicamenteuses dans ce champ. **Question de recherche :** Pertinence Faisabilité Acceptabilité du retour d'informations contextualisées au patient concernant la prescription médicamenteuse et Impacts de ce retour sur le comportement de prescription des médecins généralistes. **Méthodes:** Recruter des médecins généralistes informatisés, volontaires et rémunérés. Analyser les données médicales de prescriptions médicamenteuses en regard d'indicateurs choisis au sein de ceux du CAPI. Adresser aux médecins des documents scientifiques concernant les aspects médico-économiques de la prescription et le retour des résultats d'analyse de leurs ordonnances. Questionner les participants sur la pertinence, la faisabilité et l'acceptabilité du processus et les impacts sur le comportement de prescription. **Résultats:** Au total 118 médecins sur les 128 inscrits (soit 92%) ont terminé le programme. Cent neuf médecins ont répondu complètement au questionnaire. Dix médecins (8%) n'ont pas terminé le programme du fait de problèmes informatiques. Soixante-huit médecins (soit 62%) n'avaient pas adhéré au CAPI au moment du programme et les caractères démographiques de cette population sont également proches de ceux des médecins de France métropolitaine. Les outils du programme et les retours d'informations personnalisées ne posaient pas d'obstacle majeur (le taux de réponses favorables atteignait 75%; celui des opinions défavorables ne dépassait pas 7,3%). La thématique suscitait un peu plus de divergence. Quatre-vingt dix-huit médecins (soit 90%) ont répondu avoir déjà changé ou avoir l'intention de changer le comportement de prescription. **Conclusions :** Ce sont les aspects techniques de l'informatique qui constituaient le frein majeur à la participation des médecins à ce type de programme. La thématique de l'optimisation économique était mieux acceptée par les médecins quand elle était portée par des pairs. Ce programme avait un impact très positif sur les comportements de prescription.

Mots-clefs: Développement Professionnel Continu non présentiel, retour d'informations contextualisées, prescription médicamenteuse, optimisation médico-économique, faisabilité, acceptabilité